CXL40 8

# CASO

GRAVISSIMO E COMPLICATO

DI

# EMPIEMA SINISTRO

## FELICEMENTE TRATTATO COLLA TORACENTESI

NELLA CLINICA MEDICA DI PAVIA

nel mese di maggio 1868

**Comunicazione ed illustrazione**

DEL PROFESSORE

FRANCESCO ORSI

**MILANO**
STABILIMENTO REDAELLI DEI FRATELLI RECHIEDEI
Via S. Pietro all' Orto, N. 16

1869

Tolto dalla Gazzetta Medica Italiana - Lombardia
*Serie VI. - Tomo I. - Anno 1868.*

Nella clinica da me diretta, durante gli anni scolastici 1866-67 e 1867-68, si ebbero non pochi casi di affezioni importanti da parte di tutti gli apparati organici, ma specialmente dal lato del sistema circolatorio e nervoso; di modo che mi riuscirebbe facile il vincolare l'attenzione dei medici pratici col semplice e circostanziato racconto di qualcuna delle storie, riferibili a detti casi morbosi, e che venisse pure estratta in sorte.

Che se framezzo alle accennate storie morbose volessi fare la scelta di talune, potrei dimostrare col fatto come non di rado si valga a raggiungere dei veri trionfi diagnostici, quando sufficientemente si sappia e si voglia diligentissimamente studiare gli ammalati.

Ma non sempre i più clamorosi trionfi diagnostici sono seguíti da corrispondenti trionfi terapeutici; e allora se dessi valgono a costituire dei monumenti d'ammirazione per la scienza e ad appagare la boria egoistica del filosofo naturalista, lasciano però un'amarezza, un vuoto in fondo al cuore del medico che sente, dell'ardente filosofo umanitario.

Egli è perciò che a capo della serie delle pubblicazioni (che spero andrò facendo) dei casi più istruttivi, curati nella mia clinica, ho voluto espressamente collocare quella, che spetta al caso morboso seguente, il quale. se pure non affatto privo di interesse dal lato diagnostico, è poi consolantissimo dal lato curativo.

Ho voluto dare la preferenza a questo caso morboso anche per eccitare i timidi colleghi a non rifuggire di troppo dalla toracentesi in contingenze cliniche pur deplorabilissime ed analoghe a quelle del nostro malato.

Nè mi si osservi che coll'appoggio di un solo caso fortunato non si può avere il diritto d'incoraggiare gli altri a seguire la propria pratica. Imperciocchè a quest' unico caso di clinica io potrei ben aggiungerne varj altri, di cui principalmente due di *empiema*, e pei quali sono stato recentemente richiesto del mio parere, che fu per la toracentesi, la quale venne pur felicemente eseguita.

Pei pratici timorosi, ai quali non saranno ignoti i lavori del più moderno volgarizzatore della toracentesi, il Trousseau, tornerebbe al certo vantaggiosa la conoscenza dei recenti scritti, *sull'empiema*, del prof. Guido Baccelli di Roma.

Lasciando quì da parte alcuni concetti dottrinali del nostro brillante scrittore, a' quali non potrei totalmente uniformarmi, egli è però sicuro che dalla lettura de' suoi scritti, mentre con vivo piacere si scorge come l'abilità e l'ardimento del clinico sieno pari alla felicità della riescita dell' attuato metodo curativo, noi ci sentiamo a poco a poco dissipare ogni incertezza infeconda, ogni dannosa esitazione, e pur davanti al caso d'empiema secondario, ci troviamo incoraggiati e spinti a tentare la toracentesi.

Mi duole nel pensare che il lettore troverà sproporzionatamente lungo il § 3.° della presente pubblicazione. Ma io ho creduto bene lasciarlo com' è, perchè desso rappresenta la fotografia un po' ingrandita di tutto quanto più succintamente esposi al letto del malato, per l'illustrazione del caso morboso. Che poi tutto il lavoro abbia dovuto riescire di una certa mole, non dovrà recare meraviglia a chi voglia riflettere, come desso sia destinato a far conoscere tutte le fasi di un' affezione, che nello svolgimento delle medesime impiegò il non breve giro di sette mesi.

## §. 1.° — *Anamnesi.*

T. L. d' anni 5, di parenti sani, lavandai, tiene un' unica sorella pure sana, di Pavia, porta alle braccia i segni di una subìta e ben sortita vaccinazione, sostenne lo svolgimento della dentizione senza sconcerti funzionali, camminò e parlò presto e mostrò precoce intelligenza e fino a quattro anni e mezzo non fu mai ammalato. Nell' inverno prossimo scorso (pare nel dicembre) giacque a letto per circa quindici giorni per una malattia, incominciata con febbre gagliarda, accompagnata da tosse e da stipsi e che venne qualificata dal medico per tifo (?!) Comunque sia dalla madre (da cui togliamo questi ragguagli) si ammette come sicuro il fatto che il fanciullo si era perfettamente ristabilito da quella malattia, in quanto che, alzatosi dal letto, mangiava con appetito, acquistava prontamente le forze, ingrassava sensibilmente e giuocava colla intensa voglia e colla vivacità di prima.

Ma dove sembra prudente armarsi di qualche riserva si è nell'accettazione della causa determinante la malattia attuale, e perchè la causa incolpata si mostra per sè stessa straordinaria, e perchè viene affermata dalla madre, dietro il solo, benchè circostanziato racconto, e l'insistente affermazione del figlio, a cinque anni.

Sul finire della prima metà dell'aprile p. p. il nostro ragazzo raccontava alla madre, come egli (non è ben certo se il giorno 9 od il 10 dello stesso mese) trovavasi a giuocare sdrajato sul suolo di un androne, molto oscuro, della canonica vicina alla propria abitazione, quando entrava in quell'oscurità un uomo di atletiche forme, e noto al vicinato con sopranome speciale.

L' omaccione, ignorando la presenza in quel luogo del fanciullo, che non poteva colà sospettare, (perchè il fanciullo se ne stava silenzioso), nè vedere, (attesa la grande oscurità, che doveva sembrare anche maggiore della realtà, per chi bruscamente passava dalla vivida luce d'un giorno di aprile alle tenebre), il detto omaccio inciampò nel corpo dello sdrajato fanciullo, e fors'anche si sbigottì a tale sorpresa. Ma il malaccorto, dalla voce o dalle grida del ragazzo, istrutto ben tosto di che trattavasi, montò forse in ira contro chi gli aveva cagionato

una paurosa sorpresa, e irriflessivamente slanciò un calcio mal misurato contro la parte anteriore e superiore sinistra del petto del ragazzino.

Il fanciullo nel tessere questo racconto alla propria madre, che se ne mostrava dapprima incredula, accusava in prova di quanto affermava un indolenzimento sotto la clavicola sinistra, sulla cute della quale regione però non pare che la madre avesse scorto alterazioni sensibili; ma fra due o tre giorni dal raccontato accidente, il dolore alla località toracica, indicata dal ragazzo, si rese più spiccato e vivo, e pare si sia diffuso a quasi tutto il costato sinistro, con maggior risalto sul bordo inferiore del medesimo; sopravenne della febbre intensa con ripetuti brividi, manifestossi tosse rara e secca, affanno di respiro, perdita dell'appetito, sete ardente; per cui si chiamò il medico, che ordinò quattro sanguisughe all'epigastrio e qualche pozione. In proseguo di tempo tutti i mentovati sintomi, sembra, non si mitigassero; chè anzi l'affanno di respiro aumentasse sempre più di giorno in giorno e che la febbre esacerbasse una o due volte al giorno, e preferibilmente nelle ore vespertine, imperocchè la madre osservava a certe ore del giorno o della sera accendersi il viso del figlio, che diveniva più rosso e quasi violaceo che non in altre ore, in cui trovava il malato in profuso sudore. Frattanto decorrevano circa quindici giorni di malattia, ed il fanciullo decombeva immobile sul suo letto, sempre in posizione supina, leggermente inclinato sul lato sinistro, e sensibilmente deperiva nella sua nutrizione generale.

Ma a questo punto la storia è più oscura, dovendola tessere tutta intera sui dati che ci può fornire una madre, bensì affettuosa, ma volgare, mancandoci ragguagli dal medico, il quale fino dai primi otto giorni, dopo la sua chiamata, abbandonava l' ammalato, forse perchè questi con grida e con tutti gli atti di dispetto che il grave suo stato permettevagli di eseguire, si rifiutava dal farsi esplorare.

Ciò che sembra più sicuro si è che il 29 od il 30 aprile, la madre, vedendo come il proprio figlio si mostrasse violaceo in viso e fosse in preda a tale ambascia di respiro, che a lei sembrava dovesse spirare soffocato, corse per un altro medico. E questi accorso, per quanto neppure egli sia riescito, a quel che pare, ad istituire un regolare esame dell'ammalato, pure trovò

giustificati i timori della madre, sospettò trattarsi di una pericolosissima affezione di petto, ed ordinava revulsivi cutanei e siroppo di ipecaquana.

Il medico confessava, come egli in ognuna delle prime quattro o cinque visite successive che andava facendo all'ammalato, portasse sempre la dolorosa convinzione di trovarlo estinto.

Ma dopo tre giorni circa di apparente agonia, con dolce sorpresa e dei parenti e del medico il fanciullo apparve meno livido in viso, meno ambasciato nel respiro, mostrando però sulla regione superiore anteriore sinistra del petto una tumefazione pulsante.

Per quattro o cinque giorni durava il miglioramento; ma non per questo il malato poteva modificare il decubito, cui era obbligato nei precedenti giorni minacciosi; non per questo cessarono le ricorrenze febbrili, i sudori copiosi, la sete, la disappetenza; che anzi tutti questi sintomi si aggravarono di nuovo il 10 o l' 11 di maggio.

In questo stato di cose da una parte il medico curante desiderando farmi vedere un fatto morboso, che trovava insolito, e d'altra parte, la povertà dei parenti del fanciullo e la speranza che io avessi ad accettare il malato in clinica (1), contribuirono a ciò, che io verso le 11 antimeridiane del giorno 13 maggio 1868, osservassi per la prima volta il malato al proprio domicilio.

## § 2.° — *Esame dello stato presente.*

Il fanciullo giace infatti supino, leggermente inclinato col tronco (ed assai più col capo) sul lato sinistro; nè può assolutamente stare collocato sul lato destro. Ha regolare la forma del cranio e di belle linee i contorni del viso; ha biondo-castani i capegli; castagne le sopraciglia, le ciglia e l' iride; la fronte alta, l' occhio grande, espressivo, il viso profilato, la

(1) I non lodevoli regolamenti dell'Ospitale civico di Pavia escludono dall'accettazione i malati, che trovansi avere un'età inferiore ai sette anni; mentre alla clinica è concesso accoglierne di tutte le età. E questo è uno degli scarsi privilegi di cui gode la clinica; come nei detti regolamenti ospitalieri non figura per *unica* la menda più sopra non encomiata.

bocca ben tagliata, bei denti, lunghezza del corpo centimetri 58. — L' espressione della fisionomia accenna a profonda e sentita ambascia. La tinta del volto è livida, ha la sclerotica plumbea, le palpebre un poco edematose, le labbra lievemente cianotiche, la cute del capo, del collo e del petto sudante.

È perfettamente conscio di sè e si accusa e lo si vede grandemente ansante. Non si rilevano fenomeni subjettivi nè objettivi, accennanti ad alterazioni funzionali e materiali negli apparati sensoriali. Passò delle notti inquiete e quasi insonni; da otto giorni però, pare che goda di varie ore di sonno notturno, benchè interrotto e non assolutamente tranquillo.

Mostra la lingua biancastra, villosa, umida, ha senso di amarezza in bocca, sete, scarso appetito, non nausea, non vomito, nè tosse, nè rilevanti alterazioni alla mucosa delle fauci, nè disfagia.

Forma normale del collo, che è un po' smagrito, che non è sede di abnormi sensazioni, ma che mostra la giugulare esterna destra turgidetta ed ondulante, senza distinto fremito o soffio, nè sopra la medesima, nè sulla carotide corrispondente.

Il petto, originariamente ben conformato, si offre ora specialmente deforme per un considerevoleo rialz che trovasi sulla sua porzione anteriore superiore sinistra. E attentamente ispezionato in tutta la sua parte anteriore o laterale, e confrontati ambo i lati fra di loro, non appare che l'uno dei due sia più spiccatamente voluminoso dell'altro, tranne che al luogo della tumefazione segnalata, la quale si eleva sul livello comune del torace di circa tre centimetri. Però gli spazj intercostali del sinistro lato mostransi appianati, mentre sono pronunciatissimi quelli del lato destro. Ed il relativo appianamento degli spazj intercostali del lato sinistro spicca massimamente nell'atto inspirativo; durante il quale, mentre il costato destro sostiene una straordinaria escursione, il costato sinistro se ne rimane quasi assolutamente immobile.

La cute del petto non mostra un'alterazione di tinta, nè infiltramento sieroso in verun punto del suo perimetro.

Pare che in tutto l'ambito toracico non si percipisca dal ragazzo uno spontaneo ed acuto dolore, ma semplicemente il senso di grave oppressione. La respirazione è breve, frequentissima (46), unilaterale destra.

Pur la cute corrispondente al rialzo summentovato mostrasi

menomamente infiltrata di siero, ma è solcata da qualche venuzza, injettata di sangue, che impartisce a quel tratto cutaneo una tinta a striscie azzurrognole rare e serpentine.

La tumefazione segnalata ha una forma di un corpo ovideo, tagliato nel senso del suo grand'asse, e collocato colla sua superficie piana, sulla parete costale, col massimo suo diametro paralellamente all'asse del tronco, colla sua superficie convessa guardante in alto: avrebbe la lunghezza massima di circa centim. 8, e si estenderebbe nel senso verticale dal margine inferiore della porzione sternale della clavicola fino al bordo superiore della quinta costola, (regione parasternale): e misurerebbe nella sua maggior larghezza, circa centimetri 6 partendo dall'inserzione della cartilagine della terza costa all' esterno: dal bordo inferiore della clavicola (porzione sternale) si va rilevando più considerevolmente a mano a mano che si porta sulla seconda costa, toccando il massimo dell' altezza (centimetri 3 all' incirca) al secondo spazio intercostale, per degradare poi al toccare del margine superiore della quinta costa, ove termina col suo limite inferiore.

Guardando la tumefazione dall'alto mostra due oscuri moti; di sollevamento l'uno, isocrono col polso; contemporaneo l'altro coll'atto espirativo: che se si guarda di profilo quei moti di pulsazione sistolica e di sollevamento espirativo riescono assai più palesi.

Al quarto ed al quinto spazio intercostale del lato sinistro, per regolarità, ma invano cerco coll'occhio un punto, ove poter scorgere il battito della punta del cuore; ma visibilmente osservo invece un battere ritmico e circoscritto in un punto del quarto spazio intercostale destro, in corrispondenza della linea del capezzolo della mammella corrispondente.

Mi accingo allora a dar principio alle manualità relative alla toracometria, alla succussione, alla percussione ed all'ascoltazione; ma il ragazzo si mette a gridare, a piangere, e si dà in preda a tale agitazione, che non mi permette di tosto seguitare nell'interessantissima esplorazione, che mi rimaneva a compiere.

Mi toccò transigere affatto (e senza grande rammarico) pella misurazione del petto, con qualche rincrescimento colla succussione, dare assicurazioni formali all' infermo che io l'avrei

leggerissimamente palpato, percosso ed ascoltato, e col mezzo di un regaluccio di qualche soldo, colla promessa di altri doni migliori e con molte carezze ottengo alfine di potere esaminare *passabilmente* il recalcitrante malato.

Colla superficie palmare di due dita confermo l'assenza ai precordi dell' urto della punta del cuore, che trovo (e posso anche palpare con quasi tutta la palma della mano), sul costato destro; e precisamente nel quarto spazio intercostale, nella linea del capezzolo della mammella destra.

La palpazione più delicata che io esercito sulla tumidezza segnalata coll'ispezione, par che susciti ben viva molestia al fanciullo' da che desso ripiglia a gridare e ad agitarsi considerevolmente. Ma ciò non mi toglie di percepire, che l'enfiagione è uniformemente tesa, ma discretamente molle, elastica, distintamente fluttuante; e mi sembra perfino che qualche poco si riduca, quando io uso di una metodica compressione. Tanto che, non senza grave pena del piccolo infermo, riesco a toccare la prima e la seconda costa, e sul bordo superiore di quest' ultima, a tre centimetri circa del bordo sternale sinistro, mi pare, di percepire un solco, che non posso però seguire che per il tratto di poco più di un centimetro nell'altezza della costa. E ciò per non tormentare di troppo il paziente, il quale a questo punto accenna di provare la massima intolleranza alla palpazione.

L'applicazione leggiera della palma della mano sulla tumefazione mi fa avvertire un profondo ed oscuro battito sistolico; una spiccata sensazione di un certo moto di dispiegamento in alto, nell'atto espirativo e di un corrispondente abbassamento nell'atto inspirativo.

Lascio che si calmi un pochino il fanciullo e indi proseguo nella mia esplorazione.

Battendo leggerissimamente il petto, colle sole dita, di cui soglio servirmi, rilevo, in generale, ottusità assoluta e mancante elasticità, in tutto l'ambito del costato sinistro; però la mutezza appare assai maggiore *anteriormente*, dal bordo superiore della quinta costa sino al margine libero del costato; *lateralmente*, dal corpo della settima costola pure fino al margine libero del costato; *posteriormente*, dalla quarta costa in basso.

Le dita delle mani che fanno da plessimetro e da martello

mi fanno avvertire un massimo grado di resistenza in tutti i punti della segnalata maggiore ottusità di suono; ed una distinta cedevolezza invece in tutto il perimetro della tumefazione, per quanto la stessa svolga assoluta mutezza di suono alla percussione. Delle regioni dello sterno, a fanciullo coricato, quella che corrisponde al manubrio, dà un suono chiaro timpanico e serba discreta elasticità per l'estensione di soli due de' suoi terzi (destro e mediano) rimanendo ottuso ed anelastico il terzo sinistro: la regione corrispondente al corpo sternale ed alla cartilagine ensiforme danno risuonanza completamente ottusa, senza opporre assoluta resistenza alle dita esploratrici. A fanciullo seduto sul letto, la regione del manubrio è tutta risonante di suono chiaro-timpanico.

Dal lato destro le regioni sopraclavicolare, clavicolare e sopraspinosa non danno una chiarezza piena di suono, ma piuttosto breve; nè cedono colla pronta e normale elasticità. Sempre a destra e anteriormente, discreta è la chiarezza del suono e l'elasticità sulla prima costa; maggiore chiarezza e cedevolezza vi ha sul primo spazio intercostale e sulla seconda costa, e sul secondo spazio intercostale, ma dal bordo superiore della terza costa (linea parasternale e papillare) sino al margine inferiore del costato vi ha completa ottusità.

L'area di ottusità che si rileva grossolanamente nella regione anteriore destra del petto, bene studiata però con ripetute esplorazioni, si vede che tiene nel suo contorno esterno una linea, che merita di essere specialmente notata: molto più che dall'ispezione e dalla palpazione noi potemmo ammettere come sicuro, che la punta del cuore si facesse sentire distintamente nel quarto spazio intercostale destro, nella linea del capezzolo della mammella corrispondente. Or bene la linea delimitante l'area di ottusità anteriore destra, all'*interno* si confonde totalmente colla mutezza sternale, *superiormente* solca orizzontalmente il bordo superiore della terza costola sino al livello del capezzolo; e a questo punto giunto, discende (obliquamente dall'interno all' esterno, tenendo un andamento curvilineo), e sul corpo della terza costa, e sul sottoposto spazio intercostale, e sul corpo della quarta costa e sul quarto spazio intercostale, per indi rientrare dolcemente dall'esterno all'interno e lambire il bordo superiore della quinta costa, proprio al livello del capezzolo mammario. Detta linea di ottusità descrive adunque

una leggiera curva colla convessità rivolta al margine ascellare anteriore, colla concavità riguarda e circuisce il capezzolo della mammella per tutta l' altezza di due spazj intercostali e di due coste. E ritoccando io nel quarto spazio intercostale destro la punta del cuore, che vi batte distintamente posso valutare dal bordo superiore della terza costa all'estremità superiore della quinta, (nella linea del capezzolo), un'altezza di circa centimetri 5 e mezzo, ma non posso calcolare nè un diametro trasversale, nè un obliquo di questa area ottusa, stante che, partendo pure dal limite esterno della medesima (che trovasi ad un centimetro circa all'esterno del capezzolo) la linea obliqua e trasversale si vanno a confondere nella ottusità notata sullo sterno.

All' *ascella destra* vi ha risonanza ed elasticità normali, della parte superiore alla settima costa: da questo punto al bordo libero del costato, havvi ottusità assoluta e poca elasticità. *Posteriormente* e sempre a destra, si ha poca chiarezza di suono sulla regione sopraspinosa (come fu già notato) maggior chiarezza in tutto il resto della regione scapolare; risonanza chiaro-timpanica nella linea scapolo-vertebrale sino al livello della decima costa, e dall'angolo inferiore della scapola pure sino alla decima — dalla decima in basso leggiera ottusità, con persistente elasticità sino all'estremità inferiore del torace.

Posteriormente la linea di questo debole grado di ottusità si piega lievemente dal basso all'alto quando è giunta al margine ascellare posteriore, e a mano a mano che si porta nel cavo ascellare ascende sulla nona, ottava e settima, toccando alla sesta nel limite del bordo ascellare anteriore, e spingendosi sulla quinta quando è arrivata alla linea del capezzolo; quì confondonsi poi definitivamente coll' ottusità sternale.

Applicato l'orecchio sul quarto spazio intercostale sinistro, (linea papillare) non odesi nè l' urto della punta, nè i toni del cuore; mentre al quarto spazio intercostale di destra, (linea indicata) sentesi abbastanza valido un colpo, e ben netti e ritmici, (benchè frequentissimi) dei suoni che richiamano, a non dubitarne, i caratteri dell'urto e dei suoni cardiaci. L'urto ha un perimetro di diffusione abbastanza esteso, all'epigastrio, alle regioni sternali media ed inferiore giungendo al terzo in-

terno della tumefazione. — I toni sono chiaramente distinti sulla regione mammaria destra, meno chiaramente, ma pure sono trasmessi su quasi tutta la parte anteriore del costato destro. Il secondo tono è bene accentuato sulla cartilagine della terza costa destra, e si fa percepire assai più indebolito al confine interno della tumefazione morbosa.

Il mormorio vescicolare non ha la morbidezza inerente all'età del malato, in tutti i punti dalla parte anteriore del petto, ove si è rilevata colla percussione, in generale, chiarezza di suono: i due atti della respirazione tengono le debite proporzioni fra loro, si compiono speditamente nè sono mascherati da rumori morbosi estra od intrapolmonari.

In tutte le parti risonanti della ascella destra fin sulla settima costola, il mormorio respiratorio è più dolce che anteriormente ed è pure intensamente avvertito, ritraendo del carattere ipervescicolare. E questo carattere è quasi proprio a tutti i punti risuonanti della parte posteriore destra, meno alla regione sopraspinosa, ove è meno intensamente percepito, ma senza essere nè quì, nè in altri punti offuscato da sfregamento o da rantoli, o sostituito da soffio tubario.

Sul manubrio dello sterno odesi un rumore soffiante, che va a perdersi sull'inserzione sternale della clavicola e delle prime due coste del lato sinistro.

La più delicata apposizione dell' orecchio sulla tumefazione fa percepire uno oscuro scuotimento profondo, e come un tuono lontano, che coincide colla diastole cardiaca, ma non ci è dato di quì rilevare mormorio vescicolare, nè altri suoni morbosi. Assoluto silenzio in tutto il resto dalla parte anteriore e laterale del costato sinistro. — Sulla regione sopraspinosa sinistra sentesi respiro aspro soffiante, che rendesi più intenso, verso l'angolo superiore interno della scapola, e si percepisce meno chiaramente sulla metà superiore della regione scapolo-vertebrale corrispondente. In tutto il resto completo silenzio. — Il malato non può prestarsi alle mie esigenze intese ad accertarmi delle condizioni relative alla diffusione delle vibrazioni toraciche della voce. Mi approfitto del momento in cui il ragazzo emette grida di pianto, per assicurarmi per lo meno, che il fremito toracico è superstite al terzo superiore posteriore, e completamente abolito in tutto il resto del costato sinistro.

Il ventre è sviluppato appena un po' più di quel che all'età

del malato s'addica; e la leggiera maggior tumefazione è a spese del segmento superiore del suo ovoide; e precisamente delle regioni ipocondriaca destra ed epigastrica, la quale ultima è assai sporgente.

L'atto inspirativo fa rilevantemente sollevare l'epigastrio e l'ipocondrio destro; nulla affatto l' ipocondrio sinistro. Sotto il movimento respiratorio non scorgesi eccessiva attività pronunciarsi nei muscoli delle pareti ventrali, nè con spiccate sporgenze nè con solchi ventrali.

La cute non mostra alterazioni di colorito, non infiltramento edematoso: nulla di abnorme all'ombelico, nè ai forami inguino-crurali. Non ebbe mai nè accusa attualmente dolori spontanei, non diarrea nè dissenteria; il ventre è piuttosto stitico.

Da quasi tutto il bordo costale inferiore a tutto l' ámbito dell'addome la palpazione non suscita dolori, nè fa incontrare che un'ordinaria vincibile resistenza elastica. — La percussione fa svolgere un suono timpanico, che è meno spiccato alle regioni inguino-crurali ed ipogastrica che non all' ombelicale ed epigastrica ove è più saliente. Dissi quasi da tutto il bordo costale inferiore, perchè volli riservarmi di fare notare come immediatamente percuotendo codesto bordo costale a partire dalla metà interna dell'ipocondrio destro sino al centro dell'epigastrio, e per un centimetro circa di altezza, si potesse percepire un suono timpanico-ottuso, e col tatto, la presenza di un corpo resistente, marginato, eguale al noto bordo tagliente del fegato.

Non vi ha edema allo scroto: il malato urina varie volte al giorno.

Le gambe par che sieno abitualmente tenute semiflesse sulla coscia, e queste sul bacino, ed il ginocchio destro sopraposto al sinistro; poichè mostrasi un piccolo disco rossastro sulla parte interna della cute delle ginocchia. Le estremità inferiori, non sono infiltrate da siero, hanno la cute pallida, che si può sollevare in alte pieghe, il panicolo adiposo è scemato, i muscoli sono flacidi, la sensibilità è normale, e per quanto da più di un mese il malato non s'alzi dal letto, possiamo accertarci che le gambe godono della relativa loro motilità.

La superficie della cute appare in generale di un pallore opaco, è sudante, come notammo già, al capo, al collo e al

petto, ove notansi rare e minute vescicole cristalline, e quà e colà piccoli sforforamenti cuticolari.

La temperatura ascellare assaggiata col tatto non ci sembra superiore a + 38 C.°

Il polso è piccolo, debole, ma regolare nel ritmo; ha una frequenza di 112; è rimarcabile che quello della radiale destra è assai più sviluppato di quello della radiale sinistra.

Le orine sono scarse, di color giallástro, acide e pare anche che abitualmente facciano sedimento rossiccio. (Esplorate più tardi alla clinica, si trovarono di quantità volumetrica, nelle 24 ore, di 330 c. c., di densità 1016, prive di albumina, ricche di urati, di fosfati, di pigmento, povere di cloruri). Mi parve allora di non avere più nulla a desiderare per stabilire la diagnosi; mi balenò la speranza di poter sanare il malato colla toracentesi, offrendo nel tempo stesso agli allievi della scuola, da me diretta, un caso sotto ogni aspetto assai istruttivo. Perciò feci disporre il tutto perchè il fanciullo venisse trasportato sollecitamente alla clinica; ove però entrava appena la sera del 15 maggio 1868.

Ma sia che il piccolo infermo si fosse nel giorno 14 di qualche poco aggravato, mostrando invece il 15 un qualche miglioramento, sia che si fosse agitato, provando forse ripugnanza per l'Ospitale, e dolore, nel doversi allontanare dagli amati parenti; o fosse stato lo strapazzo del trasloco, (seguìto d'altronde con tutte le regole, sopra una portantina), o fosse stato infine l' effetto complessivo di tutte le probabili cause summentovate, (se non pure un accidente spontaneo e naturale della malattia); il fatto si è, che la notte del 15 e 16 fu inquieto, bevette assai e la mattina seguente lo trovai aggravato e con qualche modificazione importante, da parte di certi fenomeni rilevati il giorno innanzi.

Affidato l'infermo ad uno dei più distinti giovani del 6.° anno di corso, il sig. Bozzolo, e pubblicamente e succintamente esposti i dati anamnestici, fissandomi in modo speciale su tutto quanto io aveva rilevato nel dì precedente al domicilio del fanciullo, mi provai a rifare un secondo esame obbiettivo, non quale si desiderava, ma come il carattere e lo stato del paziente lo permettevano e quì, s' intende, previj doni, carezze, promesse e assicurazioni d'ogni sorta.

Nel ripetere tutto quanto aveva fatto nella giornata pros-

simamente decorsa, non aveva tanto di mira lo scopo di assicurarmi vieppiù dei dati, che dovevano costituire la base dei criterj del giudizio diagnostico, pronostico che io mi trovava in obbligo di proferire, e della cura razionale che intendeva attuare, — quanto per educare i giovani alla maniera con cui si possa pazientemente riescire ad instituire sufficienti esplorazioni, pure in ammalati poco trattabili per età, per carattere, per gravezza di malattia, e senza menomamente danneggiarli.

La giacitura del malato è come quella di jeri, l'espressione della fisionomia mostra però ansietà accresciuta.

Sulla cute della fronte si vedono due macchioline piane, di color rosso di vino, di forma irregolare, del diametro di circa un pezzo da due centesimi, che scompajono quasi completamente colla pressione; due dischi, grandi come una moneta da due franchi, di color rosso violaceo occupano il centro delle gote.

Le palpebre mostransi più edematose di jeri, ed un sensibile infiltramento sieroso appare sulla cute del bordo sinistro della mascella inferiore.

La mucosa delle labbra è lividastra, ha molta sete, rifiuta il cibo, non ha nausea, vomiti, nessuna tosse.

Non senza sorpresa trovo che la tumefazione toracica si è ridotta di un buon quinto in altezza ed estensione. Osservato in tutti i sensi non mostra affatto pulsazione sistolica, ma ancora spiccatamente si vede avvallarsi nell' atto inspirativo e sollevarsi nell' atto espirativo.

Faccio rilevare colla ispezione e la palpazione come non avvertasi ai precordj nè un sollevamento ritmico, nè un urto, che sono palesi e palpabili invece nel 4.° spazio intercostale destro, ove si percepiscono coll' orecchio e una scossa e toni speciali, relativi all' esercizio funzionale di un viscere a noi ben noto.

Per non aggravare lo stato del paziente, e per non indisporlo d' avvantaggio contro di noi, dopo di aver compiuto, da parte mia, tutto quanto spetta all' ispezione, palpazione, percussione e ascoltazione del petto e del ventre, mi limito a fare ripetere completamente quelli atti al giovane, cui era affidato l'infermo, ed incompletamente ai quattro allievi che trovavansi più prossimi al letto dell' infermo.

Da tutte le indagini eseguite al torace, all' addome, all' estremità, su tutte le superficie del corpo, sulla temperatura,

sul polso, sugli escrementi, ecco quel poco che modifica il quadro clinico tratteggiato nello esame objettivo fatto più sopra.

La tumefazione toracica, visibilmente ridotta nel volume, come si è già notato, ma sempre dolentissima alla pressione; e quando io cercai di esercitare sulla medesima una dolce, metodica pressione per assicurarmi se fosse tuttavia riducibile, nel mentre mi fu dato di confermare il dato della sua fluttuazione e lieve riducibilità, riuscii anche a percepire col tatto un certo minuto crepitìo come che dei gaz fossero misti al liquido della tumefazione. Sparse sulla cute del ventre e delle estremità inferiori si veggono parecchie macchie, analoghe per tinta, irregolarità di forma, e modo di comportarsi alla pressione, a quelle segnalate alla fronte.

La pelle è secca, meno alla radice dei capelli, ove è madida di sudore.

La temperatura ascellare segna + 39.. 5. C. Il polso serbandosi relativamente più sviluppato alla radiale destra che alla sinistra, è sempre debole, regolare, ha però la frequenza di 126, con raspirazione breve, unilaterale destra ed a 48 al minuto primo. In 12 ore circa ha cacciato poco più di 130 c. c. di urine che sono di color giallo rossigno, giumentose, acidissime, di densità 1017, scevre di albume, cariche d' urofeina e d' urato di soda, di fosfati terrosi, scarse di cloruri.

§ 3 ° — *Diagnosi basata sulla valutazione delle cause e degli altri dati anamnestici e dei sintomi attuali. Spiegazione fisiologica dei sintomi.*

Nel procedere al giudizio diagnostico del caso morboso, ed alla illustrazione clinica dei relativi sintomi, ecco più o meno l' ordine che abbiamo stimato utile di seguire.

Fatta astrazione, pel momento, da ogni considerazione di etiologia e di patogenesi, mi parve innanzi tutto di dovere e di poter affermare che la *cavità della pleura sinistra fosse completamente o quasi completamente piena di una massa liquida.*

Ciò era evidente: 1.° dall' obbligato modo di decombere del paziente; 2.° dallo appianamento degli spazj intercostali; 3.° dall' assoluta immobilità del costato sinistro, d' onde la respirazione unilaterale destra, breve e frequente; 4.° dal non dub-

bio traslocamento, alla regione mammaria destra, del cuore; 5.° della ottusità assoluta e grande resistenza incontrate dalla dita percuzienti in quasi tutto l' ambito del lato sinistro del torace; 6.° dalla abolizione completa del murmure vescicolare in tutte le parti anteriore e laterale, e nei tre quarti inferiori dello stesso costato sinistro: senza voler calcolare il valore della tumefazione sotto-clavicolare sinistra, strettamente vincolata cogli atti respiratorj e quasi indubbiamente colla stessa cavità toracica dal lato ove essa riposava.

La massa liquida che si poteva con sicurezza ammettere esistere nel cavo pleurico sinistro non doveva essere semplice siero effusosi dalle inturgidite vene della pleura corrispondente. Non si doveva quindi ammettere un *idrotorace sinistro*, contro l' ammissione del quale si ergeva tutto quanto abbiamo potuto raccogliere dall' anamnesi, che deponeva per l' insorgenza e l' andamento di un' affezione acuta febbrile.

Contro l' ammissione dell' *idrotorace* si sollevava anche il risultato dell' esame dello stato presente, che ci mostrava troppo appianati gli spazj intercostali del lato sinistro, che non ci faceva rilevare segni di quelle affezioni che sogliono in modo generale o parziale ostacolare il deflusso del sangue venoso (vizj cardiaci, tumori, cirrosi polmonale, epatica), e di quelle altre che facilitano e determinano la produzione dell' idrope (malattia del Bright, idremia).

Il cuore del fanciullo era bensì ectopico, ma mostravasi scevro da acute e croniche infiammazioni. Nell' urina non si aveva traccia d' albume dalla cui copiosa quantità, mista o meno a cilindri fibrinoso-epiteliari, ad epiteli liberi dei canalicoli e delle capsule renali, si potesse arguire di nefritide albuminosa e di conseguente stato ipoalbuminotico del sangue.

Nè lo stato generale del ragazzo, per quanto deperito, mostrava segni spiccati di idroemia, nè infiltramenti sierosi alla gamba, allo scroto od altrove, se si eccettuino alle palpebre ed al lato sinistro della faccia.

E per la spiegazione di questo ben limitato e lieve edema delle palpebre e della parte inferiore laterale sinistra del collo non vi era bisogno di ricercare una causa comune (generale o locale) che l' avesse determinata, insieme al *supposto*, ma *non concesso idrotorace*. La presenza di una quantità cospicua

di liquido nel cavo pleurico sinistro, lo stato un po' anemico del sangue potevano bastare a darcene ragione (1).

Rifiutata adunque l' idea di un *idrotorace*, ci domandammo se la sostanza liquida contenuta nel torace sinistro potesse essere sangue? Neppure.

Intanto un *ematorace* semplice e di grado lieve non può durare a lungo isolato, senza essere concomitato o seguìto da pneumotorace, da idropneumotorace. E ciò in forza delle cause che sogliono determinare l'ematorace lieve e dell' irritamento locale provocato dalla presenza del sangue solo o commisto ad altri liquidi eventualmente versatisi nelle cavità pleuriche. Non era neppure il caso di pensare ad un ematorace costituzionale, da scorbuto, porpora emorragica, emorrofilia.

Ed un'ematorace di grado tanto elevato che riescisse a manifestare i fenomeni statici, rilevati sul costato sinistro del

---

(1) Il processo cruposo, difterico, essudativo in genere si sa che paralizza i tessuti muscolari, che si trovassero di sotto o vicinissimi alle membrane da tale processo morboso intaccate. Il cavo pleurico sinistro era ripieno di liquido. Questi due fatti, congiunti alla nozione anatomica della sede della vena succlavia sinistra, potevano bastare a spiegarci il leggier grado di edema al lato sinistro della faccia. La vena succlavia sinistra poteva essere compressa dal polmone sinistro, cacciato in alto ed all' interno, e paralizzata nei suoi muscoli, pel contatto della pleura affetta da flogosi essudativa e suppurativa, per cui doveva essere impedita di ricevere liberamente il sangue (certo un po'idremico) della giugulare esterna, di cui i rami della facciale molto distesi potevano ben lasciar filtrare un po' di siero. Ma la spiegazione dell' edema del lato sinistro della faccia poteva incolpare anche l' abituale inclinazione a sinistra del capo del fanciullo, esaurito nelle forze generali, cardiache e vascolari. E l'edema del lato sinistro della faccia e l' edema della palpebra destra dovevano incolpare l' ostacolo generale della circolazione venosa e per la compressione dei vasi polmonari del sinistro polmone e per lo spostamento del cuore e stiramento dei vasi ingredienti ed emergenti dalle cavità cardiache. Questa causa generale dell' impedito deflusso del sangue venoso militava anche per l' edema del lato sinistro del volto. La prova dell' ostacolo grave del sangue venoso l' avevamo altresì nell' aspetto cianotico, nel turgore ed ondulazione della giugulare esterna: oltre che nei segni sicuri di raccolte copiose di liquido marcioso nel cavo toracico sinistro, da cui si spiegava la compressione della arteria succlavia sinistra ed il polso più piccolo a sinistra. E questa interpretazione della disuguaglianza del polso era più consona al vero e migliore forse di quella, secondo la quale si dovesse cercare la spiegazione del detto fenomeno nello stiramento possibile subìto dalla arteria succlavia sinistra dallo spostamento a destra del cuore.

nostro paziente, non era nemmeno supponibile. Imperocchè alla sua determinazione avrebbero dovuto concorrere così gravi lesioni del cuore e dei vasi maggiori, e doveva essersi avverato così copioso stravaso di sangue da fare soccombere rapidamente l'individuo. E quì noi avevamo un'affezione della data di circa 35 giorni ed un soggetto non esangue. Ma sull'ematorace dovremo rivenire quando dovremo analizzare le cause e la patogenesi del male, onde è travagliato il nostro piccolo infermo,

Per intanto non appagandoci la diagnosi di *idrotorace*, nè quella di *ematorace*, cercammo se la massa fluida del cavo pleurico; non fosse costituita da semplice siero, effusosi dai vasi venosi distesi per iperemia statica, ma da siero unito ad altri materiali prodottisi ed accumulatisi nella pleura, in forza di un meccanismo patologico assai più complesso, che non fosse stato quello d'una semplice iperemia statica. In altre parole abbiamo voluto indagare se la sostanza ingombrante il cavo sinistro del torace constasse e di siero sanguigno e di essudati fibrinosi, di epiteli della sierosa con scarse cellule neoformate — prodotti complessivi di una pleurite prevalentemente essudativa.

Ripeto, lasciando per poco ancora in sospeso l'analisi e l'apprezzamento delle cause e della patogenesi del male, era evidente che se l'esame obbjettivo ci forniva sicuri segni della presenza nel cavo pleurico di una copiosa quantità liquida, l' anamnesi ci affermava con non minore certezza che l' affezione acuta del costato sinisto si era recentemente svolta nel fanciullo.

L'anamnesi ci rendeva edotti che nel fanciullo si era manifestato un dolore pungitivo al costato sinistro, non molto forte dapprima, ma che si fece più vivo dappoi, e fu seguìto da febbre risentita, preceduta da ripetuti brividi, seguìto da affanno di respiro ognor crescente, da decubito supino obbligato, con inclinazione verso il lato del dolore, e da tosse secca. E questi sintomi sono tali da poter ben deporre per una pleurite sinistra non lieve.

La gravezza dello stato generale presentato dal malato tanto sul principio, quanto nel decorso dell'affezione, l'intensità e la persistenza dei ricorsi febbrili, forse preceduti da brividi, ma al certo susseguìti da profusi sudori, il deperimento sensibile

della nutrizione generale, la minaccia della soffocazione, apparsa verso la diciottesima e ventesima giornata della malattia, e continuata imponente per due o tre giorni, per scemare colla apparizione di un tumore al costato, la durata dell'affezione, infine il complesso dei sintomi attuali, e specialmente il sensibile appianamento degli spazj intercostali, per quanto mancasse l' edema toracico, portavano a fondatamente ammettere che si fosse trattato non solo di una *pleurite sinistra acuta essudativa*, ma *produttiva*, ossia di una *pleurite essudativo-suppurativa sinistra.*

Era mia intenzione adunque che la massa liquida contenuta nella cavità pleurica sinistra dovesse risultare di un liquido ricchissimo di cellule purulente; e perciò mi sentiva condotto a denominare la malattia *piotorace* od *empiema sinistro.*

Se non che, calcolando la data della affezione circa 35 giorni). la fisionomia clinica grave che pur attualmente offriva il paziente, i sintomi tanto generali che locali, ma valutando assai più il manifesto gorgoglio da me rilevato colla palpazione del tumore toracico, formulai giudizio di *pio-pneumotorace sinistro.*

Con ciò volli esprimere anche un'altra convinzione cioè, che il pus del cavo toracico essendo in preda a decomposizione putrida, avesse fatto svolgere in mezzo ai suo elementi costitutivi, una certa quantità di gaz (d'acido carbonico, d'azoto, d'acido solfidrico e d'ammoniaca?), da cui si doveva ripetere la non ingannevole percezione avvertita, simile a quella che si ottiene allorquando si sappia metodicamente comprimere una cavità circoscritta da pareti molli ed elastiche e contenenti ad un tempo materie liquide e gazzose.

Ma se dalla non scarsa copia di considerazioni e di ragionamenti (con cui abbiamo voluto sempre aggirare intorno i fatti morbosi, che si sono avverati nel nostro caso) noi potemmo arrivare ad ammettere l'esistenza di pus deperito nella cavità sinistra della pleura (*pio-pneumotorace*), come esito di una pleurite acuta, generale, sinistra, non per questo ritenemmo il nostro compito diagnostico ultimato. Che anzi stimammo che a confermare all'evidenza la nostra diagnosi, ed a completarla ci rimanesse a fare ancora una minuta analisi delle cause probabili e sicure che avessero prodotta la malattia e ad indagare il meccanismo organico con cui, in via

di semplice probabilità o di certezza, fossero riuscite a determinarla.

Da questa disamina delle cause morbose e dalla patogenesi noi ci ripromettevamo di giungere ad eliminare ogni ombra di dubbio, che mai potesse sussistere nella mente di qualcuno che altra affezione di petto, clinicamente rassomigliante alla pleurite, si fosse avverata nel caso nostro, almeno sul principio, della malattia.

Dall'apprezzamento delle cause e dalla patogenesi noi speravamo altresì che avesse ad emergere la spiegazione di un insolito fenomeno morboso, cioè del tumore fluttuante e gorgogliante riscontrato alla regione anteriore superiore del costato sinistro.

E quì ci è d'uopo di una digressione.

Il medico pratico, non il filosofo naturalista, ha un assoluto bisogno di concretare con un certo numero di fenomeni morbosi, alcuni tipi nosografici, cui suol dare una denominazione convenzionale.

Fra questi tipi figura pure quello, che si appella *flogosi*, che come altri, o assai più di altri tipi nosografici, non rappresenta, nel vocabolo, un assioma aritmetico o geometrico.

La parola infiammazione o flogosi esprime infatti un concetto così vasto, vario, generico, complesso da non potersi debitamente definire col linguaggio di veruna teoria o scuola vissuta o dominante.

Nella tua definizione, o lettore, ora ti conviene ammettere la considerazione della qualità e della intensità delle cause, ora quella relativa alla specialità del tessuto od organo colpito, ed alla estensione del focolajo infiammatorio. Nè potrai formulare il complessivo concetto della flogosi quando tralasciassi nella tua definizione di toccare ai varianti fenomeni morbosi locali, e a quelli che ponno riferirsi alle condizioni del sangue e della costituzione generale del malato.

Per lo meno, data una definizione generica della flogosi, nella trattazione individuale di ciascheduna, dovrai ben stabilire distinzioni relative alle cause, al tessuto più o meno estesamente preso, al decorso, alla durata ed agli esiti. E perchè la qualità della causa e la specialità del tessuto ponno modificare i fenomeni morbosi relativi alla località affetta, alla crisi del sangue e alla organica costituzione generale del-

l'individuo ammalato, e perchè la varietà delle forme locali ci può far rapprossimare così davvicino questo tipo nosografico con altri, da autorizzare perfino il filosofo naturalista a confonderli insieme.

Rispetto alla considerazione adunque delle cause ti converrà distinguere una flogosi *reumatica*, una *traumatica*, quella prodotta da agenti chimici o da veleni (infiammazione *tossica*), quella determinata da materiali, coinquinanti la massa del sangue (pus, materiali organici più o meno deperiti, miasmi, contagi, alcool, acido urico, urea ecc. ecc.), d'onde le flogosi *piemiche*, *icoremiche*, *metastatiche*, *specifiche*, *uremiche*, *discrasiche* ecc.

Ci sarà d'uopo ancora (in special modo per certi visceri) di riconoscere una flogosi ipostatica, ossia cagionata da diuturna iperemia meccanica: tal altra infine una flogosi di diffusione successiva ad altri focolaj flogistici, o *secondaria* a neoplasmi, o ad altre malattie costituzionali (*tubercolosi*, *scrofola*, *sifilide*).

Pel grado ed estensione, si avrà la *circoscritta*, la *diffusa*, la *generale*.

Ma dove una distinzione sarà ancora più necessaria si è sotto il riguardo dei sintomi locali e generali.

Vogliamo ad esempio riguardare la flogosi dal solo punto di vista locale; e si vedrà come dessa nei tessuti membranosi e molto vascolarizzati ci si offre talora colle più rigogliose forme della flussione, da farti sembrare soddisfacente la teoria lungamente vissuta, (per l'autorità di Andral), secondo la quale la flogosi era quasi identificata colla iperemia. Per questo fatto si sarà costretti di segnalare almeno una infiammazione *eritematica*, *flussionale*. Tal'altra invece vedremo predominare così i trasudamenti e le essudazioni da non provare ribrezzo alcuno ad avvicinarci al Rokitanscki ed a Vogel. E dovremo perciò riconoscere una flogosi *essudativa*, con le varietà sue di *cruposa*, di *difterica*. Che se poi avvisassimo al modo con cui il processo flogistico si inizia e svolge nei tessuti invascolari e nel parenchima di certi organi, non scorgendo (almeno sul bel principio) apparente iperemia, nè nel tessuto invascolare infiammato, nè nel perimetro del medesimo, e neppure fra suoi elementi istologici riscontrando sensibile essudazione libera, ci sentiremo involontariamente respinti ben lontano dalle due precedenti scuole, e trascinati precipitosamente invece verso

la patologia cellulare. E riconosceremo col Virchow una flogosi *parenchimatosa.*

Certo che quì il filosofo naturalista troverebbe il fatto morboso della flogosi parenchimentosa, perfettamente analogo al fatto fisiologico della nutrizione, ed il tipo nosografico *flogosi*, quasi confondibile coi tipi nosografici della *ipertrofia* dell'iperplasia, dell'atrofia, delle degenerazioni, dei rammollimenti, della sclerosi.

Bene spesso fra i fenomeni locali della flogosi ci è dato osservare che sui fenomeni della sensibilità alterata, dell'iperemia, della stasi, dei trassudamenti e degli essudati, predomini intensa l'attività produttiva locale, specialmente di cellule bianche, granulose o purulente, che svolgonsi dagli elementi cellulari dell'organo colpito. E allora ci sarà forza di riconoscere una flogosi produttiva, *suppurativa* o *flemmosa*, *essudativa, suppurativa.*

Tralascio poi di toccare a certe distinzioni sintomatiche, cui dalla scuola di Brown, di Rasori e Tommasini attribuivasi grandissima importanza e sulle quali distinzioni si bisticciò per gran tempo — voglio dire le flogosi *steniche* od *asteniche.*

La qualità delle cause, il grado di intensità, la misura del tempo, con cui le stesse avranno agito, la specialità del tessuto, l'estensione del focolajo flogistico, la costituzione generale del paziente, potranno anche modificare sensibilmente i sintomi morbosi relativi alla crasi del sangue e alla costituzione generale. Cosicchè, rispetto al sangue, dato un focolajo flogistico si potrà avere (in una misura estremamente variabile, ed in maniera passeggera) l'aumento di fibrina, di acido urico, d'urea e di ogni altro principio di riduzione, e in modo più durevole, il difetto di globuli rossi, d'albume col relativo aumento di acqua. Rispetto al generale, ordinariamente la febbre ed un oscillantissimo grado di ipotrofismo.

Applichiamo ora al caso nostro le poche cose da noi toccate nel rapido sguardo gettato sul concetto della flogosi; e stabiliamo se la *pleurite acuta essudativo-suppurativa*, *generale*, *unilaterale sinistra* da noi razionalmente ammessa (e che ha dato luogo all'empiema), possa ricevere qualche altro epiteto, che esprima una distinzione etiologica.

La pleurite, nel nostro caso, dovevasi appellare *primitiva*, *reumatica*, *traumatica*, di diffusione o *successiva*, *se-*

*condaria*, *discrasica*, *piemica o metastatica*, *diatesica tubercolare?*

Per quanto sia ognor prudente l'andar guardinghi nell'accettar come vere tutte le cagioni, che dai profani alla scienza ed arte nostra si adducono come colpevoli di aver prodotte una malattia, noi siamo però sempre in obbligo di passare in rassegna almeno quelle che possono mostrare l' insegna della probabilità.

Nel caso nostro, la specialità e situazione del tessuto affetto, ci doveva tosto allontanare l' idea di una flogosi prodotta da agenti chimici, da veleni, da stasi.

L'anamnesi e lo stato presente ci istruivano che non si fosse sviluppata l'affezione di petto, susseguentemente ad esantemi, a tifoide, a tifo, a reumatismo articolare, muscolare, a focolaj infiammatori lontani dalle cavità del petto, a malattia di Bright, o ad affezioni delle vie orinarie in genere. Non era dunque luogo a dubitare trattarsi di una pleurite *discrasica*, *uremica*, *piemica metastatica*, o *secondaria* di altri focolaj morbosi lontani dalla scatola toracica. L' esame etiologico veniva così a restringersi di molto.

La pleurite nella attuale contingenza clinica poteva essersi sviluppata bensì in modo *primitivo* o *secondario*; ma ammessa anche questa ultima maniera di sviluppo, ciò non poteva essere accaduto che in seguito ad affezione risiedente sulle pareti, o nei visceri della cavità toracica.

La pleurite poteva essere stata *primitiva* e *reumatica*; oppure *primitiva* e *traumatica*; la traumatica però poteva essere fors'anche *secondaria* ad altre precedenti lesioni provocate dal trauma, operante direttamente sul torace.

Un colpo diretto con violenza (calcio d'uomo robusto) sulla parte anteriore superiore del petto di un tenero fanciullo, a 5 anni e sdrajato sul suolo, poteva non solo contundere le parti molli, rompere vasi sanguigni sotto-cutanei, intramuscolari, sotto-pleurici, polmonari, ma bensì lussare, fratturare una o più costole, cagionare strappi o lacerazione della pleura, provocare periostite costale, con diffusione flogistica ai tessuti molli circumambienti, tanto all' esterno della cassa toracica (cellulare intramuscolare, muscoli) quanto all'interno (tessuto sotto-pleurico, pleura stessa).

La pleurite nel nostro malato doveva essere anche considerata come *successiva* ad una pneumonite sinistra? oppure poteva essere sospettata quale *secondaria* a tubercolosi polmonare, a tubercolosi polmonare e pleurica? O fors'anche come *secondaria* a tubercolosi ed a scrofolosi delle ghiandole bronchiali, con rammollimento ed incorizzazione dell'infiltrato, con ulcerazioni delle glandole medesime, infiammazione suppurativa del cellulare del mediastino e propagazione infiammatoria alla pleura sinistra e fors'anche con versamento del pus, misto a materia scrofolosa e tubercolare nel cavo pleurico sinistro? Per gli antecedenti, l' età e lo stato attuale del fanciullo, non eravamo portati a supporre *altre forme di tumore del mediastino* ed *altre vie di origine di una mediastinite*, con successiva pleurite sinistra all'infuori del mentovato infarcimento delle ghiandole linfatiche dei bronchi.

L'apparato digerente (compreso l' esofago) non ci mostrava segni, da cui si potesse temerlo in preda a processi ulcerativi. I vasi maggiori del petto, per quanto difficilmente esplorabili, pure non ci fornivano neppure sospettosi sintomi di alterazione profonda. Il tutto insieme poi della fisionomia clinica del paziente e l'anamnesi ci allontanava dall'idea di sifilomi, di carcinomi.

La rarità dei parassiti (echinococo, cisticerco) dell'apparato respiratorio e della cavità del petto in generale, il modo d'insorgere del male, l'epoca dell'apparizione del tumore toracico, e i suoi caratteri fisici, non avrebbero giustificata l'ammissione di una pleurite *secondaria* a parassiti.

Nell'analizzare tutte queste cause e patogenesi possibili non terremo l'ordine tracciato nella loro enumerazione. Ma partiremo da quelle che ci sembrano le meno probabili per finire con quelle che ci pajono fornite di probabilità maggiori.

Intanto, la pleurite sarà susseguìta a pneumonite sinistra?..

Chiederemo anche di più; l'affezione che abbiamo denominata *empiema* da pleurite, perchè non potrebbe esser invece oggi stesso, una pneumonite reumatica, acuta, generale?

La pneumonite comune ha pur un dolore costale, febbre intensa, tosse, e può rendere ottuso il suono toracico. Nella pneumonite però il dolore non è così vivo nè precoce, come nella pleurite, e la febbre esordisce quasi costantemente con unico ed intenso brivido, e di solito, entro una o due setti-

mane l'affezione si svolge, passando alla risoluzione (facile nel fanciullo non cachetico) od alla morte per suppurazione, gangrena e meningite piemica od altra complicazione.

La pneumonite semplice, reumatica che passa dalla fase acuta a stato cronico con tubercolizzazione dello essudato, non è molto frequente nè potrebbe cagionare l'appianamento degli spazj intercostali nè l'assoluta ottusità o mancanza dell'elasticità e del fremito pettorale.

Egli è vero che furono registrati straordinari, e quasi incredibili casi, di pneumoniti generali, epatizzate, in cui si aveva ottusità alla percussione, abolizione del fremito toracico ed assenza assoluta di ogni mormorìo respiratorio e di rumori morbosi; tanto che furono falsamente giudicate per pleuriti con essudato, ed incautamente e sgraziatamente operate di paracentesi.

A dar ragione (in tali casi) della mancanza del fremito pettorale, di rantoli crepitanti e del soffio tubario, si ricorse al fatto (se non problematico, però ben strano), che tutte le diramazioni bronchiali si fossero trovate otturate da masse di essudato cruposo, che impedendo assolutamente l'ingresso e l'uscita dell'aria nei medesimi, fosse cagione e della assenza d' ogni rumore vescicolare e dell'impossibile trasmissione delle vibrazioni della voce, dall'interno dei bronchi all'esterno della parete toracica, ove s'applica la mano dell'esploratore.

Fatti di pneumoniti consimili, pure accettandoli come appena probabili, non potrebbero a nostro avviso essere scompagnati da contemporanee pleuriti a scarso e concreto essudato stratificatosi sulla pleura, pure essa considerevolmente inspessita.

Nel caso nostro però, lasciando da parte tanti altri sintomi accennati al stanziamento nel cavo sinistro di un liquido, ci domandavamo come mai con una pneumonite epatizzata si sarebbe spiegato la situazione del cuore al destro lato?

Per quanto non sieno estremamente rare le ectopie congenite del cuore, sono d'ordinario accompagnate da situazione abnorme de' visceri dell'ipocondro. E noi quì trovammo segni statici riferibili ad ubicazione normale del fegato. (1)

---

(1) Dissi *non straordinariamente rara* l'ectopia cardiaca con, o senza abnorme posizione dei visceri degli ipocondri, avendo avuto occasione nel

E dacchè a quest'ora, trovandoci in 35 giornate all' incirca di malattia, non può essere questione ancor di epatizzazione rossa ma grigia, come è supponibile che avesse potuto sussistere fin quì il nostro infermo? Se adunque non si può neppure sospettare trattarsi attualmente di pneumonite epatizzata generale, tanto meno si potrebbe pensare che fosse sorta una pneumonite primitiva reumatica, passata ad esito di ascesso e di gangrena con versamento del pus e della materia gangrenale nella pleura, la quale si fosse successivamente infiammata suppurando. In quanto che l'infermo avrebbe dovuto soccombere più sicuramente o come nel caso di una epatizzazione grigia diffusa, per infezione purulenta o putrida.

Non si poteva neppure pensare che si fosse sviluppata una pneumonite con esito della gangrena polmonare apertasi nel cavo pleurico: e perchè è raro un tal esito (massime a quest'età) e perchè l'anamnesi non si accennava a gravissime forme morbose generali di infezione putrida, sotto le quali avrebbe dovuto piuttosto soccombere, anzichè portarsi sino a questo giorno.

Con non eguale sicurezza dovemmo respingere anche la possibilità che si fosse svolta dapprima una pneumonite, passata ad ascesso, apertosi nella cavità pleurica, d' onde la pleurite e l' empiema.

Considerando *a*) ai sintomi primi, con cui si manifestò il male, non denunzianti una pneumonite primitiva; considerando *b*) alla rarità dell' ascesso polmonare, qual esito della semplice pneumonite; *c*) come il malato non avrebbe potuto sostenere una pneumonite suppurativa dapprima, ed una pleurite icoremica suppurativa dappoi; *d*) come al momento almeno, non si avevano neppure i segni di una fistola polmonare comunicante col cavo pleurico sinistro — non avvertendo rumori metallici (rantoli, soffio, tintinnio metallico) neppure sul tumore

---

mio breve soggiorno in Genova, di vederne due casi. Nell'uno la destrocardia era congiunta col fegato a sinistra; nell'altro il fegato giaceva normalmente all'ipocondrio destro. Il primo caso fu da me veduto nel dott. Castellucci, prof. di chimica presso un istituto tecnico; l'altro me l'ebbi in clinica, nel dicembre 1866. Il primo caso era fornito da un uomo, in età di circa 60 anni, bidello, morto per tisi.

Il secondo spettava ad una donna sui 50 anni, che lasciava in clinica, all'epoca del mio trasferimento da Genova a Pavia.

fluttuante — non potemmo accettare neppure questa ultima causa e patogenesi dello ammesso empiema.

Proseguiamo: la pleurite sinistra sarà *consecutiva* all'alterazione delle ghiandole bronchiali da noi più sopra accennate?

Per quanto non sieno infrequenti i casi di scrofolosi delle ghiandole bronchiali, e per quanto in taluno dei medesimi il male si possa tenere latente, nondimeno la scrofola si suole rilevare nei fanciulli con molteplici localizzazioni in forma di oftalmie pustolari, di mucositi, d' eczema, di impetigini, di otirree, di adeniti esterne, di periostiti, ecc., delle quali affezioni il fanciullo nè ha sofferto, nè soffre. Non sembra neppure che prima della metà di aprile avesse sofferto di sintomi accennanti ad abituali affezioni del petto. Una sol volta, pare, sia stato malato di malattia di soli 15 giorni, durante i quali ebbe tosse e febbre, ma da quella affezione guariva completamente.

Il rammollimento, l' ulcerazione delle ghiandole bronchiali comunque alterate, la mediastinite successiva, suppurativa con versamenti nella pleura, non sono tanto facili ad accadere; nè l'affezione esordì coi sintomi di tumori e di flogosi del mediastino.

Dove le probabilità ponno sembrare maggiori che nelle supposizioni or ora scartate si è per una pleurite secondaria a tubercolosi polmonare con esito di caverna. Data una tale supposizione si poteva pensare che mentre la caverna polmonare tendesse ad aprirsi verso le pareti toraciche, avesse perforata ed infiammata la pleura versando nella sua cavità il detritus polmonare e tubercolare.

Il tumore fluttuante e gorgogliante è situato in luogo, corrispondente appunto alla porzione del polmone prediletto dal processo tubercolare; le regioni clavicolare e sopraspinosa destre non si erano riscontrate perfettamente risuonanti e cedevoli; la febbre esacerbava anche la sera, sbollendo con sudori al capo, al collo e al petto; lo stato della nutrizione generale del fanciullo era sensibilmente deperito.

Ma la forza di queste considerazioni, per quanto mi facesse riflettere, trovava però elidersi di sotto la potenza di altre più valide considerazioni, messe di fronte colle prime.

Intanto pareva sicuro come il ragazzo non avesse mai dati segni di affezione abituale dell' apparato respiratorio, innanzi

la prima metà del mese d'aprile 1868, epoca in cui dopo l'azione di una cagione improbabile o certa, vagamente ammessa, o sicuramente affermata, ammalò coi sintomi razionali di una pleurite acuta, di cui si hanno ora indubitabili anche i segni fisici.

E per quanto sieno ammessi fatti di tubercolosi lente del polmone, che per un certo lasso di tempo decorrono latenti, per poi bruscamente rilevarsi con spiccate e tumultuarie forme cliniche di una *tisi galoppante*, pur ciò si avvera piuttosto nella età giovanile che infantile. Nè il male resta così assolutamente latente da non tradirsi con qualche manifestazione morbosa dal lato del petto. Si osservano poi nella pratica medica numerosissimi casi di tubercolosi polmonare, ma ben rari i casi di perforazioni pleuriche e ben più rari ancora quelli in cui la caverna venga ad aprirsi una strada attraverso le pareti toraciche.

Noi non abbiamo potuto eseguire un così minuto esame del sensibile e ricalcitrante fanciullo, d'altronde assai gravemente malato, quale dal caso morboso (in astratto) si sarebbe potuto reclamare; ma pur non ci fu dato in due visite di rilevare certi rumori morbosi la presenza dei quali può in modo relativo, se non assoluto, farci ammettere una escavazione polmonare; ed il tumore toracico poteva invocare ben un'altra origine, che non fosse quella di una escavazione polmonare apertasi all'esterno.

Se nel lato sinistro adunque del petto non si poteva rigorosamente ammettere le tubercolosi, tanto meno si era autorizzati ad ammetterla, pei segni offertici, dal lato destro del petto. La non assoluta chiarezza ed elasticità delle regioni clavicolare e sopraspinale destra poteva ben trovare plausibile spiegazione, senza correre alla supposizione di infiltrazione tubercolare, in forma discreta, all'apice del corrispondente polmone. A parità di condizioni fisiche dei visceri intratoracici, la percussione farà svolgere un suono relativamente più chiaro e rimbombante da quel petto che sarà più elastico.

Ma l'esplicazione più o meno libera della elasticità del petto è subordinata in parte alla qualità e quantità in peso e volume del contenuto toracico.

A questa subordinazione deve, per nostro avviso, limitata-

mente soggiacere pur quel lato del petto, il cui contenuto non si fosse gran fatto cangiato in veruna guisa.

Nel caso nostro, la ripienezza del cavo pleurico sinistro di un liquido denso (pus), la completa immobilità paralitica di tutto il lato corrispondente del petto, ci sembravano due cause fisiche abbastanza valevoli a rendere meno intense e prolungate le naturalmente scarse e brevi vibrazioni del primissimo tratto dell' estremità superiore della scatola toracica : e nel nostro caso — a destra —

Ma il lato destro della cassa toracica del fanciullo non aveva dovuto soltanto sentire un mutamento di rapporto di pareti, o *parietale*, col lato sinistro ; ma pure anche di visceri o *viscerale*. Tantochè non solo le condizioni fisiche e funzionali pei visceri spettanti alla cavità destra del petto dovevano essere mutate, per l' impedito esercizio funzionale del polmone sinistro, che dura da più di un mese ; ma noi trovammo perfino visceri (il cuore) appartenenti al cavo sinistro trasferiti ed occupanti il cavo destro del petto.

La non perfetta chiarezza di suono, la non pastosa cedevolezza delle regioni clavicolare sopraspinata non mi sembravano accennare ad ispessimento di tessuto polmonare ; o ammesso questo lieve grado di ispessimento io inclinava a riferirlo a relativa maggiore ripienezza di sangue nelle reti dei capillari della arteria polmonare, di tal punto, con proporzionata minor quantità d' aria nelle vescicole polmonari corrispondenti, anzi che a presenza di tubercoli. Nel caso nostro si aveva un numero di condizioni morbose organiche più che non s' abbisognasse per affermare tanto l' afflusso maggiore di sangue al parenchima polmonare destro, quanto il ristagno nelle vene bronchiali, che non si anatomizzano tutte coi vasi funzionali dell'apparato respiratorio (sistema delle polmonari) e sboccano in massima copia nelle intercostali. Il mormorio vescicolare non morbido, ma un po' aspretto che percepivasi in quei punti circoscritti dell' apice destro del petto, poteva ben spiegarsi colla semplice iperemia delle vie aeree, la quale, date cause persistenti e generali di afflusso o di stasi, a tutto il polmone destro, deve maggiormente e persistentemente mostrarsi alle parti più declivi dello stesso (posteriormente e inferiormente pel decubito della persona come infatti si avvera), e superiormente per la minor escursibilità del torace all' apice. Nè vi

sarà alcuno che vorrà mettere in dubbio come il libero ed ampio dilatarsi, alternato da corrispondente e completo restringersi della cavità toracica, sia mezzo che attivi il circolo generale e locale del sangue.

A spiegarci nel nostro piccolo infermo la possibilità di una iperemia alla parte superiore del polmone destro, non si doveva trascurare pur anche la posizione del cuore e dei vasi maggiori, trascinati a destra e fortemente pulsanti contro la parte anteriore superiore del polmone destro.

Alle segnalate regioni infine non si aveva inspirazione interrotta, non espirazione prolungata, nè rantoli sonori o crepitanti o sotto-crepitanti, accennanti neppure a catarro bronchiale dell' apice, sempre sospetto.

Nè si poteva comprendere come ivi la mucosa bronchiale non dovesse trovarsi accatarrata quando esistessero tubercoli.

Egli è vero che è di volgare conoscenza pei pratici il sensibile mitigamento dei sintomi della tubercolosi, che osservasi in un punto, quando il medesimo processo si viene a stabilire od a svolgere rigogliosamente in un altro punto del corpo. Ciò che giustifica in parte la medicina revellente, troppo beffardamente e sistemicamente derisa dai *nichilisti tedeschi e dai loro proconsoli d' Italia.* Ma non è men vero come un tale fatto accada piuttosto fra apparato ed apparato organico, anzichè tra elementi ed elementi di apparato; meno poi (rispetto ad organi pari) tra il destro ed il sinistro, meno ancora tra porzione e porzione di un viscere.

Non trovando giustificata l'ammissione della tubercolosi all'apice del polmone destro, doveva scemare ancora più la probabilità di una tubercolosi all'apice del polmone sinistro; dacchè la tubercolosi è tale processo morboso che attacca contemporaneamente i due polmoni, non avverandosi mai una tubercolosi polmonare unilaterale.

Questa tendenza del processo tubercolare di colpire bilateralmente, fin da principio, gli organi doppi, vale in generale anche per altri visceri pari; e così per le pleure, elementi dell'apparato respiratorio. Ora l'esame al lato destro del petto non ci ha fatto rilevare neppur un segno della esistenza di tubercolosi pleurica, e per questa ragione intanto non potremmo ammetter la tubercolosi pleurica a sinistra.

Vi sono bensì casi di tubercolosi limitate alle sierose vi-

scerali senza traccia di tubercoli nei parenchimi degli organi rivestiti da dette membrane; ma simili casi sono ben rari. Finora non mi fu dato di osservarne che uno, in un moro, ricevuto nella mia clinica, quando mi trovava a Genova. Ma in tali casi oltre alle due pleure, il peritoneo per lo meno è più o meno tempestato di tubercoli.

Talora accade bensì di trovare in punti circoscritti di una membrana sierosa, uno o più gruppi, sparsi di nodoli rosso-grigiastri o grigi e giallastri, grossi come un grano di miglio o di canape, che risiedono in uno struma di fino tessuto elastico connettivo, risultanti di cellule grinze, piccole, deperite e di più abbondanti nuclei, piccoli e di granulazioni molecolari, mostranti perciò i caratteri macroscopici e microscopici analoghi al tubercolo. Questo mi fu dato osservare in una giovine, in un punto limitato della pia meninge del vertice, corrispondente a periostite traumatica dell'osso parietale, subìta otto anni addietro. La giovine era cuoca, aveva subìto scrofolosi cervicale suppurata; pativa, (da dopo l'accidente della ferita al capo), ricorrenti cefalee. Morì sotto un attacco delle sue abituali cefalee, ma questa volta però, si aggiunse risoluzione generale delle forze, sopore, coma cui tenne dietro la morte. Si aveva il sospetto che tale gravezza di sintomi e di esito, fosse stato il prodotto dell'inalazione, assolutamente o relativamente venefica di acido carbonico o di ossido di carbonio, a cui dovette assoggettarsi la giovine cuoca, per straordinario e prolungato soggiorno in cucina, ove molti fornelli ad un tempo tenevansi riscaldati con carboni accesi, per cuocervi varie vivande. Nel cadavere non si trovarono tubercoli in verun punto, e nessun'altra lesione anatomica all'infuori dell' infarcimento caseoso di tutte le ghiandole bronchiali, con placche di pleurite mediastinica. I tubercoli meningei erano piccoli e grigi: il caso spetta pure alla clinica medica di Genova. Noduli grossi come semi di canape, di color *rosso grigiastro* trovai nel peritoneo parietale di un giovine. I detti noduli erano limitati intorno a focolaj di peritoniti traumatiche, determinate da paracentesi ventrali, che dovette ripetutamente subire il malato, da poco tempo decesso in questo civico ospedale, ove fu trasportato alla chiusura della clinica medica, avvenuta all'ultimo di luglio prossimo passato. Il caso non fu singolare

per questi noduli ma per la affezione principale, di cui speriamo dare in altro tempo la storia.

Noduli giallastri d'aspetto tubercolare rinvenni in un punto limitato della pleura costale destra di un individuo morto testè in questo stesso ospitale, per ulcera scirrosa del piloro, con focolaj di pneumonite metastatica alla parte posteriore del lobo medio del polmone destro.

Questi tre casi ho voluto citare per dimostrare come dato, che per trauma o per icore od altre cause vengasi a determinare una flogosi di una sierosa di un soggetto scrofoloso, cachettico e profondamente deperito nella sua nutrizione, è possibile che nel punto colpito abbia a svolgersi un prodotto che macroscopicamente e microscopicamente rassomigli bensì al tubercolo; ma questo fatto però non verrebbe a costituire per noi il vero processo tubercolare diatesico.

Nel nostro piccolo infermo pertanto non potevamo ammettere il processo tubercolare di forma localizzata di tubercolosi polmonare; non quella di forma localizzata solamente alla pleura; ma non potevamo (avuto riguardo all'epoca del male) escludere la lontana possibilità che dalla pleurite sinistra (reumatica o traumatica che fosse stata) si fossero formati nella pleura col pus, anche dei noduli d'apparenza tubercolare. Produzioni queste insolite del processo flogistico, che, fatta astrazione della loro causa produttiva generale, specifica, o locale e comune, potrebbero stare come anelli di congiunzione tra la tubercolizzazione dell' essudato e il vero processo tubercolare (?).

Dopo l' esclusione relativa di tutte le cause e le diverse maniere di patogenesi, analizzate più sopra, ci rimaneva di indagare infine se si dovesse subordinare l'empiema ad una pleurite reumatica o traumatica.

Per quanto la stagione ed il luogo abitato non fossero tali da renderci inclinati verso la causa reumatica, essendo tepida la temperatura esterna, l'atmosfera locale tranquilla, per quanto non risultasse che il fanciullo si fosse accidentalmente sottoposto a straordinarie cause reumatizzanti; per quanto invece il medesimo avesse insistito presso la madre nell' incolpare, come cagione del proprio male un trauma; per quanto infine l'affezione non fosse scattata (a quanto pare) colle sembianze di una forma morbosa bruscamente acuta, pure non ci sem-

brava giusto di eliminare in modo assoluto la causa reumatica.

Lasciamo quì da parte la quistione se gli agenti atmosferici valgono a determinare la pleurite, così detta *primitiva* o *reumatica* col perturbare da prima e solamente la circolazione sanguigna di tutta la superficie cutanea, e limitatamente di quella dell' intera scatola toracica, ed anche di uno dei suoi lati, disturbando successivamente il circolo e la nutrizione della pleura; lasciamo da parte se il meccanismo patologico con cui si svolge una pleurite primitiva reumatica sia ancor maggiormente complesso (di cui potrà venire in acconcio di parlare in altra occasione); non si può mettere in dubbio come di spesso gli agenti esterni operino maleficamente su di noi, senzachè noi possiamo riescire sempre a fissare nè l'ora nè le circostanze le quali hanno potuto operare il male.

Il fanciullo soggiornava di spesso in mezzo all'umidità del locale, che serviva alla famiglia e di cucina e di lavanderia; il fanciullo era rimasto per lungo tempo coricato sul pavimento di un corridojo oscuro, lungo lungo, e perciò necessariamente nè caldo nè asciutto.

All'azione delle cause reumatizzanti non sempre suol tenere dietro l' immediato effetto dello svolgimento istantaneo della forma morbosa che ha potuto determinare in un organismo speciale. E non raramente si vede (nei soggetti non molto robusti) avverarsi affezioni reumatiche (compresa la pleurite) con forme morbose, lente e quasi afebbrili da principio ed in tutto il loro decorso, da costringere i pratici a denominarle *croniche* fin dai primi giorni del loro incominciamento.

Si osservano non rari casi di pleuriti passate ad empiema in soggetti deboli, o cachettici, nelle quali non fu avvertito dal malato che un dolore puntorio non molto vivo, per quanto esacerbantesi di quando in quando a modo di nevralgia, dolore che viene appunto giudicato per male nervoso, da medici inesperti o trascurati.

Una circostanza straordinaria però ond'era accompagnato un importantissimo fenomeno morboso, che figura nel quadro clinico, fedelmente da me delineato, mi fece pure esitare nell'accettare la causa reumatica come produttrice di una pleurite suppurativa.

La straordinaria circostanza è riferibile alla *sede* del fenomeno morboso importante; il fenomeno morboso importante

è rappresentato *dal tumore* della regione anteriore superiore sinistra del torace.

Io diceva fra me stesso; sia pure ammessa una pleurite posteriore laterale, anteriore o generale reumatica essudativa con sì copiosi essudati liberi nel cavo pleurico, che questo ne rimanga onninamente riempiuto; — si conceda pel momento che il liquido morboso eserciti una pressione uniforme su tutti i punti della pleura costale, intaccata più o meno dalla flogosi — si ammetta che il tessuto sieroso subisca equabilmente in ogni dove gli effetti dell'infiltrazione di un liquido (cioè imbibizione, ingrossamento del suo spessore, con diminuzione della sua coesione e resistenza, e quindi col rammollimento) — ciò non potrebbe ammettersi accadere che sul principio e per ben breve tempo. I massimi effetti della compressione e dell'infiltrazione del liquido dovrebbero più tardi manifestarsi sui punti inferiori della pleura ammalata.

*Primo*, perchè la parte liquida del prodotto infiammatorio può assorbirsi in parte e prontamente;

*Secondo*, perchè non resta immutabile nè la capacità di un solo cavo pleurico, nè l'ampiezza di tutta la cavità toracica; potendo ambedue oscillare sensibilmente nei diversi gradi d'intensità, con cui si compiono gli atti respiratorii;

*Terzo*, per l'obbligata posizione che deve serbare il malato di pleurite con spandimento liquido, che è la semieretta sul tronco con inclinazione sul lato affetto;

*Quarto*, per legge fisica il cavo pleurico viene *stabilmente* e fuori dell'usato ad ingrandirsi a spese delle parti laterali ed inferiori della cavità toracica, potendo anche protendersi nel mediastino, spostare i visceri contenuti, abbassare il diafragma,

*Quinto*, Quando per la stessa maggiore dilatazione e ricchezza di reti capillari sanguigne e per l'imbibizione sierosa il tessuto della pleura si è ben bene rammollito, l' imbibizione sierosa ed il rammollimento si estendono pur anco al tessuto sottopleurico, ai muscoli intercostali ed al diafragma. E allora le fibre muscolari di questo muscolo si fanno rilasciate e si paralizzano cedendo assai più facilmente alla pressione del liquido intrapleurico. Da questo successivo fatto dovrà necessariamente risultare un distendimento maggiore all'esterno degli spazj intercostali, donde il loro appianamento e talora perfino la loro sporgenza al disopra del livello delle limitrofe costole,

con *relativo* ampliamento maggiore della cavità toracica corrispondente.

In questa circostanza le parti della pleura che devono subire il massimo di pressione, di imbibizione e di rammollimento dovranno essere necessariamente le più declivi.

E dacchè il diafragma, per quanto paralizzato da un lato, è pur dotato di qualche poco di mobilità, indottagli dalla porzione rimasta sana, ne deriverà che gli effetti complessi operati dal liquido morboso dovranno dispiegarsi sulle parti laterali inferiori posteriori del torace, come quelle che essendo più fisse del diafragma continuano a subire quei dannosi complessi effetti che ponno aver per risultanza finale la perforazione.

Che se noi ponessimo il caso non di una semplice pleurite essudativa, ma di una pleurite suppurativa, noi troveremmo ben più facile il comprendere la possibilità del più o meno rapido rammollirsi e perforarsi della pleura, dell'imbeversi e paralizzarsi dei muscoli intercostali, dell'infiltrarsi edematoso della cute toracica corrispondente, e delle forme più o meno risipelacee e dolorose che si osservano in caso di empiema, che tende ad aprirsi all'esterno. Ciò che solitamente osservasi accadere nelle parti inferiori o laterali, o posteriori del petto: ma più frequentemente nelle parti inferiori e laterali per l'abituale tendenza del malato a giacere un poco inclinato sul costato affetto.

Perchè una perforazione pleurica, da pleurite, possa adunque succedere altrove che in basso conviene che precedenti alterazioni a fortuite strutture organiche della pleura e delle pareti costali valessero a giustificare tal fatto.

Nell'infermo nostro non si aveva traccia di edema e di colorazioni risipelatose nelle parti inferiori e laterali nè in tutto l'ambito del petto; e neppure al luogo del tumore fluttuante e risiedente in alto.

Il tumore conteneva manifestamente un liquido e questo comunicava col liquido delle cavità sinistre del petto. Il tumore risiede bensì in luogo, ove solitamente corrisponde la formazione di caverne polmonari tubercolari o piemiche, che ragionevolmente non potemmo però ammettere. Il tumore corrispondeva precisamente al luogo indicato insistentemente dal malato come il colpito dal calcio. A quel punto era pure stato accusato dolore insistente, anche per due a tre giorni prima del-

l'insorgenza dei fenomeni morbosi d' acuta febbrile affezione gravissima. A quel punto, pare, che la madre non avesse scorto sul principio traccia di echimosi e di contusioni; ma ciò non toglieva che il trauma avesse rispettati i comuni integumenti e sciolto il continuo invece dei tessuti molli più profondi, e molto probabilmente pur sciolta la continuità di una o più costole. Nella località del tumore, dolentissima al tatto, (se non era un'illusione) ci sembra perfino di percepire una solcatura corrispondente al bordo superiore della porzione paresternale della seconda costola.

Tutte queste circostanze speciali ci fecero *nostro malgrado* propendere verso la causa traumatica, da cui forse sarebbe scaturita una plausibile spiegazione dell'insolita via tenuta dal liquido marcioso per esternarsi.

Dico nostro malgrado in quanto che bene spesso ci sentiamo dal volgo affermate cause morbose che non possiamo seriamente accogliere neppure come probabili, (e questo potrebbe essere il caso); in quanto che non di rado la nequizie umana, o per cieco spirito di vendetta, o per sucida avidità di lucro tenta segnare a dito un innocente, come autore di un male, che sorse per cause estranee alla facoltà dell' uomo: inquantochè la causa traumatica veniva affermata infine da un fanciullo di sei anni. Nel nostro caso però non trovavamo molto accettabili le varie cause più sopra annunciate, eravamo certi che nessuna personalità od interesse moveva i genitori del malato ad incolpare un povero galantuomo, come era l'accusato dal fanciullo. Anzi vedemmo come la madre si fosse insistentemente mostrata incredula al racconto ed alle affermazioni del figlio. Il piccolo infermo mostrò svegliatezza di mente e, pienamente cosciente come è attualmente, riconfermò quanto più volte aveva raccontato.

Per due o tre giorni dopo il raccontato avvenimento del calcio, il fanciullo provò dolore sotto la clavicola; indi insorsero gli altri sintomi di un'affezione acuta di petto. Intorno alle cause e la patogenesi dell'affezione del nostro malato noi non ondeggeremmo al certo tanta incertezza, se avessimo potuto avere dati anamnestici, da fonti autorevoli e sicure. Precise nozioni anamnestiche, più che in qualunque altra contingenza clinica, sono utili, per non dire necessarie, allorquando un completissimo esame dell' ammalato non ci è possibile di

eseguire. Talora può tornare inutile l'anamnesi; non infrequentemente accade che col libero compimento d'un diligentissimo esame obbjettivo e colla giusta interpretazione dei sintomi si giunge a lumeggiare l'oscuro o falsato dominio dell'anamnesi, e perfino a tessere di pianta una precisa storia anamnestica.

Supponiamo quindi che la causa traumatica indicata fosse stata l'origine dell'affezione che affligge il paziente; e noi troveremo ragionevole il pensare che un calcio lanciato da un uomo robusto e calzato da grossolane scarpe, sul gracile petto di un fanciullo linfatico, a sei anni, e sdrajato sul suolo, poteva ben lussare o fratturare una o più coste. Il capo sternale od i monconi delle ossa lussate o rotte, urtando violentemente contro la superficie esterna della pleura parietale poteva lacerare qualche vaso sanguigno sotto-sieroso, contundere o lacerare pure la pleura, dando luogo così a modico stravaso di sangue o di sotto, ed all'esterno della membrana sierosa, od all'interno del suo sacco; oppure contemporaneamente all'esterno e nell'interno del medesimo. E dico modico stravaso, non risultando dall'anamnesi che il fanciullo avesse offerto gli avvertibilissimi segni di una grave emorragia interna.

Date queste prime lesioni era spiegabile il dolore fisso accusato per due giorni circa dal fanciullo all'incredula madre.

Il sangue stravasato decomponendosi fra due o tre giorni doveva operare da irritante locale sulle parti contuse o lacerate o per sè medesime disposte, o di già avviate alla flogosi.

Supposta pur la rottura di una costola coi monconi scheggiati e confitti nelle pleure, avremmo avuto altra cagione persistente di possibile flogosi. O il piccolo stravaso s'era effettuato frammezzo alle maglie del tessuto cellulare sotto-pleurico, e allora poteva svolgersi una cellulite dapprima, con successive diffusioni infiammatorie dall'esterno all'interno, alla sierosa — pur in modo circoscritto dapprima e in modo generale dappoi.

Collo sviluppo della cellulite sotto-sierosa o di questa e della pleurite doveva coincidere l'accensione della febbre, il suscitarsi della tosse, l'apparizione dell'affanno di respiro e degli altri sintomi di un'affezione acuta di petto.

Intanto la parte superiore anteriore della pleura poteva venire sin dal bel principio minata nella sua coesione, dal-

l'esterno all'interno, del processo infiammatorio, proprio a tapunto iniziatosi.

Oppure lo stravaso sanguigno si era versato nel sacco pleurico (caso meno probabile, quando lo si voglia ammettere per isolato), e, dalla decomposizione del sangue poteva suscitarsi una pleurite reattiva, favorita dalla lacerazione o contusione della pleura stessa. O più probabilmente era avvenuto stravaso sotto-sieroso, intrapleurico, d'onde maggior facilità di sviluppo, (e tra breve tempo) di una pleurite locale dapprima, diffusa dappoi a tutta o a quasi tutta la superficie della sierosa, con considerevole copia di essudato sieroso-fibrinoso, e più tardi con formazione di innumerevoli cellule purulente. La pleura quindi doveva (date queste supposizioni) essere attaccata nella sua consistenza contemporaneamente e dal processo morboso (iniziatosi dal di fuori e dal di dentro del suo cavo), proprio nella parte anteriore superiore. Ora data l'azione premente, infiltrante e diuturna di una massa di liquido sierofibrinoso e purulento sul tessuto pleurico, il punto di questo tessuto che più facilmente doveva cedere e lasciarsi lacerare doveva essere precisamente quello che corrisponde alla sede del tumore.

Che se si voglia anche ragionevolmente concedere come avvenuto il caso di un possibile strappo, d'una probabile lacerazione della pleura a quel punto, non si avrebbe allora nessun'altra difficoltà da superare per ammettere una ragione ancora più chiara della insolita via tenuta dal liquido marcioso a farsi strada all'esterno.

Taccio della possibilità con cui il trauma avesse potuto dar luogo *anche ad una periostite costale* (favorita dall'abito un po' scrofoloso del fanciullo) con successive infiltrazioni sierose purulente nel cellulare intramuscolare sotto-aponeurotiche, sotto-cutanee, col successivo scolamento della pelle soprapposta, facilitando così la via d'uscita al pus *toracico parietale ed intrapleurico*, senza bisogno di preparatoria infiltrazione edematosa della cute. Concesso che per una precedente o contemporanea infiammazione del cellulare pericostale fosse avvenuto lo scolamento della pelle, s'intenderebbe come la marcia del cavo pleurico avesse potuto insinuarsi in quella specie di saccoccia o di borsa, formata da un sollevamento

della cute, non edematosa, e che costituisce la tumefazione segnalata sotto la clavicola sinistra.

Anche quì sarebbe stato di sommo interesse la conoscenza precisa dei segni statici che avrà dovuto offrire il malato, nel corso del male, e la *assoluta* certezza dell'epoca di apparizione del tumore. E ciò per poter decidere se i fenomeni morbosi primi avessero forse deposto più per una primitiva alterazione *parietale scrofolosa*, *traumatica* del petto, oppure per una affezione *contemporanea toracico-parietale e viscerale-pleurica.*

Comunque sia, le febbri accessionali e intense seguite o accompagnate da sudori, l'affanno sempre crescente del respiro, la sete, l'inappetenza, lo smagrimento dell'individuo trovavano spiegazione sufficiente nella continuazione ed estensione del processo, nella determinatasi suppurazione e nel possibile assorbimento dei prodotti infiammatori più o meno alterati.

La minaccia di soffocazione e la cianosi forse segnavano l'epoca del massimo distendimento, cui potè raggiugnere il cavo pleurico sinistro per l' eccessiva quantità di liquido che vi si era formato.

Il liquido morboso diffatti, a mano a mano che andavasi formando, doveva raccogliersi da prima nelle regioni più declivi della cavità pleurica, guadagnandone successivamente le regioni più alte. In questo progressivo crescere del liquido, il polmone relativamente più leggero della massa liquida formatasi nello spazio da lui medesimo occupato, doveva essere a poco a poco portato verso la sommità del mediastino, ed ivi schiacciato da sotto in su, dal basso all'alto doveva pur venire sensibilmente deformato e grandemente ridotto nel suo volume. E si sa come un polmone (libero totalmente da aderenze fra le sue due faccie pleuriche), possa in seguito a spandimento pleurico copioso o ad empiema, perdere la sua tinta, la sua forma e consistenza, e ridursi da un terzo ad un ottavo del suo volume complessivo, presentandosi come una focaccia di tinta grigiastra o grigio-turchina o plumbea, di consistenza coriacea, priva di sangue e di aria.

Data una considerevole massa di liquido, nel cavo pleurico sinistro, e concesso che pure il sacco pericardico fosse libero da morbosi vincoli colla pleura e parete toracica corrispondente, noi dovremmo necessariamente ammettere uno spostamento a destra del cuore.

Lo spostamento a destra del cuore (che nel nostro caso appare avvenuto in modo, da farcelo presumere quasi verticalmente posto a destra, colla base in su, ma lievemente inclinata da sinistra a destra, dall'alto al basso, colla punta in giù, leggermente rivolta a sinistra) doveva divenire altra cagione valevole ad accrescere le angustie del malato.

Col violento traslocamento a destra del cuore, dovevano essere stipati i vasi entranti ed emergenti dalle sue cavità, imbarazzando così lo svuotamento ventricolare per il non libero afflusso del sangue nelle stirate arterie, quanto impedendo che ai seni venosi accedesse totalmente il sangue delle cave.

Il liquido doveva pure gravitare sul cuore, occupare il mediastino, comprimere il X.° e il polmone destro ed accrescere con ciò l'oppressione del respiro.

Continuando il processo infiammatorio essudativo e suppurativo la straordinaria quantità del liquido sieroso purulento doveva operare a poco a poco il rilasciamento e la maggior distensibilità della pleura ed indi la completa paralisi della parte corrispondente del diafragma e dei muscoli intercostali.

Con ciò la cavità pleurica doveva sentire una massima distensione per l' appianamento durevole del diaframma e dei muscoli intercostali.

Però questo fatto, cagionando l' immobilità corrispondente del costato, poteva bensì divenire anch' esso potente cagione di ambascia, ma un bene problematico compenso della copiosa quantità del liquido. Imperocchè se dalla paralisi diafragmatica si possa effettivamente ed assolutamente aumentare la cavità pleurica e toracica, nel senso verticale, dalla paralisi dei muscoli intercostali e colla inerzia degli altri muscoli ausiliari della respirazione, io dubito che la cavità toracica (corrispondente al lato affetto) si debba amplificare in ogni punto del suo ambito, trasversale ed antero-posteriore, e in ogni tempo dell' atto respiratorio, e relativamente al lato sano. E stimo che ben di spesso sia più illusoria che reale la maggior ampiezza che si afferma ordinariamente trovarsi, coll' ispezione del costato, di individui affetti da empiema o da pleurite con versamento liquido.

Nei casi di empiema lì lì per aprirsi all'esterno spontaneamente, l'ampiezza del costato è visibile e misurabile nel punto ove la cute è edematosa e risipelatosa, ed ove il pus si è di

già insaccato nella cute toracica. Ma in casi di empiema di data non recente, e che non mostra segni di esplicazione esterna, il costato corrispondente puo anche mostrare visibile e misurabile *diminuzione* di ampiezza della cavità toracica del lato malato confrontata colla sana. E ciò per l'assorbimento della parte sierosa del pus e per un processo di emulsionamento, d'icorizzazione e di inspessamento o cretificazione delle cellule purulenti. E nei casi acuti di pleurite, con copioso essudato sieroso-plastico, o con formazione rapida di pus (empiema acuto) l'ispezione mostrando il costato affetto completamente o quasi completamente immobile, in tutti e due i tempi del duplice atto respiratorio, sembra diffatti molto più ampio del costato sano, massime nell'atto espirativo.

Ma quando ho voluto analizzare ben bene questo fatto nei varii casi che mi sono occorsi, ho dovuto convincermi che (se non sempre) il massimo numero delle volte almeno, tale comune affermazione poggia sull'illusione. Per lo meno io devo dire che, o per le condizioni anatomiche e fisiologiche della cassa toracica e dei visceri contenutivi; ossia per la difficoltà, in cui si trova il medico di instituire esatte esplorazioni, su di malati gravemente oppressi dal male, e intolleranti dei disagi relativi ad una esatta ispezione e misurazione toracica, oppure per la imperfezione dello strumento misuratore o per difetto di quella fina accuratezza che non può essere a tutti comune (e di cui per avventura sarò privo io stesso) od infine per molte o per tutte insieme queste circostanze io confesso, che in ogni caso morboso occorsomi non ho potuto acquistare forse mai colla misurazione toracica una convincentissima prova dell'aumento assoluto ne' diametri trasversale ed anteriore di un costato, che fosse sede pur di cospicua raccolta sierosa, sieroso-fibrinosa o marciosa, non per anco estrinsecatasi in verun punto del costato. Ma di questa mia poca fortuna od abilità nel saper rilevare un segno, tanto volgarmente rilevabile (a quanto pare, da quel che ne dicono i varj autori) io cercai, e mi parve aver trovato qualche non disprezzabile ragione giustificativa. Dal cenno di queste ragioni se non emergerà dimostrato apoditicamente il torto di quelli autori che sogliono affermare con tanta sicurezza e come sempre vero un fatto, che può poggiare su di un'illusione, risulterà per lo meno il bisogno di chi scrive sulle raccolte morbose

liquide della pleura, di aver presenti le seguenti considerazioni. Si ammette: *a*) che normalmente il costato destro è di circa un centimetro più ampio del sinistro; *b*) che il movimento del torace, operato da muscoli, è però subordinato e proporzionato al grado di permeabilità e distensibilità polmonare; *c*) che l'escursione totale del petto oscilla nell' atto respiratorio tra l'uno e i due centimetri; *d)* che i polmoni ponno capire, *al massimo*, cinque litri d'aria.

Ma queste medie fisiologiche non ponno affermarsi come assolute.

Il mancino intanto potrebbe aver il costato destro quasi ampio come il sinistro. L' escursione toracica pur nello stato fisiologico è variabilissima, e sotto le diverse circostanze accidentali in cui può trovarsi un individuo.

Ma nello stato di paralisi dei muscoli respiratori di un lato toracico e di relativa od assoluta impermeabilità di un polmone, l' attività dei muscoli respiratorj del lato sano dovrà divenire così operosa, da fare toccare il massimo grado possibile all'escursione inspiratoria del costato, ed al polmone corrispondente, il maggiore distendimento possibile.

Ora la quantità del liquido morboso che può trovarsi nella cavità pleurica nei casi comuni oscilla tra le cinquecento gramme ad *uno*, *due* chilogrammi; al massimo arriva ai *tre* chilogrammi (1). Questa massa, pesata, di liquido, volumetricamente considerata, non cresce di moltissimo la cifra corrispondente a quella segnata dal peso.

La massa sierosa fibrinosa, o marciosa raccoltasi in una cavità pleurica potrà calcolarsi oscillare nei casi diversi fra i cinquecento centimetri cubi ai due litri.

Ora molti scrittori di storie morbose di collezioni liquide nel cavo pleurico, parlano spesso di aumento di ampiezza del lato affetto, senza incaricarsi di precisare la cifra ottenuta non solamente dal lato affetto, ma pure dal lato sano; e non solamente da un punto, ma da varii punti della cassa toracica, accennando se si abbia o no edema alla cute dal lato affetto, indicandone il livello e l' estensione; e non solamente si do-

---

(1) Sono ben straordinarj i casi di collezioni morbose liquide della pleura, in cui la quantità del prodotto morboso abbia ecceduto il massimo della misura sopraccennata.

vrebbe fissare la cifra minima d' escursione costale che potrebbe subire il lato affetto, ma notare pur quello che si vedrà raggiugnere dal lato sano, che si troverà arrivare al doppio ed al triplo della media normale. Ora questo fatto del duplicarsi e triplicarsi della escursione inspiratoria del lato sano, o dovrà elidere totalmente oppure superare il grado di dilatazione toracica, che eventualmente potesse essere avvenuta di 1 a 2 centimetri nel lato affetto.

Ma siccome all' estesa escursione inspiratoria del costato sano subentra una corrispondente riduzione espiratoria, (nel mentre che i diametri dell'immobile costato affetto rimangono di poco o di nulla modificati in tutti e due gli atti respiratorj), così tutto quello che si potrebbe affermare in proposito sarebbe che il lato sano nell'atto espirativo soltanto sembrerà, o riescirà fors' anche effettivamente di ampiezza minore del lato affetto.

Ma vi ha una circostanza fisiologica che rende assai più incerto il sintomo della dilatazione toracica, ammesso con tanta sicurezza dal lato delle raccolte morbose e liquide della pleura.

Valutata la capacità dei polmoni a cinque litri d'aria, e negligentando, per semplificare, che il polmone destro è più ampio del sinistro, dovremmo supporre che ciascun polmone dovesse capire due litri e mezzo d'aria.

Nelle raccolte liquide di un cavo pleurico, noi troviamo in genere che la massa fluida non supera i due litri — e che in varj casi raggiunge la misura di tre litri.

In questi casi di così eccessiva collezione morbosa, il polmone corrispondente non solo può essere ridotto ad un ottavo del suo volume, ma è persino scacciato dalla sua abituale cavità e sospinto e tenuto fisso a mo' di una schiacciata, nella parte alta del mediastino.

In queste circostanze va notato altresì che il diametro verticale del lato toracico affetto è durevolmente accresciuto per la paralisi avvenuta delle fibre muscolari unilaterali del diafragma. E che il liquido morboso copiosamente raccolto nella cavità pleurica, si deve per proprio peso anche protendere ad occupare il mediastino; e se trovasi a sinistra riescirà ad allontanarvi anche il cuore, guadagnando quindi spazio bensì, ma senza rivelare l' usurpazione dello spazio interno con necessarie manifestazioni esterne.

Ma occupandoci meglio di calcoli che di considerazioni, noi dovremo dire che a casi ordinarj, data una raccolta liquida eguale a due litri, e valutata la riduzione (anche minima) della capacità del polmone ad un quinto, noi non dovremmo ammettere perciò un aumento assoluto del cavo toracico corrispondente. In quanto chè la riduzione di un quinto della capacità polmonare, dovrebbe far sì da non renderlo capace nell'atto inspirativo di ricevere che cinquecento centimetri cubi di aria, vale a dire mezzo litro; e questo sommato coi *due* litri della raccolta liquida morbosa verrebbe a conguagliare i due litri e mezzo d'aria, che fisiologicamente si introducono in un polmone coll'atto inspirativo o colla dilatazione relativa del lato corrispondente del torace.

Da ciò dovrebbe concludersi, come accennai già più sopra, che l'aumento della cavità toracica, corrispondente al lato malato, riesce più illusorio che reale; e se si vuole parlare anche con maggior precisione, concessa pure una dilatazione nel costato affetto, questa dilatazione non potrebbe essere che *espiratoria.*

Nei casi rari in cui la massa del liquido morboso raggiungesse pure la cifra dei tre litri, la cavità toracica corrispondente al male potrebbe ancora non trovarsi mensurabilmente (in ogni atto respiratorio) maggiore del normale; in quanto chè l'appianamento paralitico del diafragma e la maggior riduzione del polmone, verrebbero a compensare il volume del litro in più del liquido morboso. Poniamo infatti che il polmone sia stato ridotto ad un ottavo nella sua capacità per l'aria — e avremmo quindi il dato, che quel polmone nell'atto inspirativo non potrebbe accogliere che poco più di quattrocento centimetri cubi di aria. Valutiamo che l'aumento di spazio nel senso verticale, per la paralisi diafragmatica, corrisponda a centimetri cubi seicento (ommettendo di valutare pure l'aumento derivante dall'occupazione del mediastino e dello spostamento del cuore a destra, quando la collezione si fosse effettuata a sinistra) e noi troveremo come anche *tre* litri di liquido morboso potrebbero stare in un cavo pleurico, senza manifestare una assoluta dilatazione della parte corrispondente della scatola toracica.

Comunque sia, nel nostro ragazzo è avvenuta un'epoca, (il 29 od il 30 aprile, cioè circa 28 giorni dopo l'insorgenza dei

sintomi febbrili), durante la quale, il liquido marcioso cercando di esternarsi attraverso i di già minati punti della pleura (parte sua anteriore superiore), avrà cagionato la più tormentosa molestia al malato. E le masse liquide accumulandosi impetuosamente in alto e verso lo stretto forame di sbocco, che si trovarono scavato, forse nello spessore del secondo spazio intercostale, avranno dovuto comprimere ancor più il di già compresso polmone sinistro, il ramo sinistro dell'arteria polmonare e fors' anche il tronco stesso della omonima arteria, cagionando l'estrema oppressione di respiro, la cianosi e lo straziante quadro di chi per graduale strangolamento è minacciato da imminente asfissia. Quand' ecco che il liquido riesce in certa qual copia ad escire dal cavo toracico, e si accumula in una tasca sottocutanea; e allora cambiasi immediatamente la scena, e all' estrema oppressione di respiro tien dietro una tollerabile dispnea, alla cianosi una tinta meno violacea del volto, alle più cupe forme dell'agonia asfitica, le più serene apparenze di chi mostra di potere ancora continuare a vivere, pel sopraggiungere di un insperato e sensibile miglioramento nei sintomi di una grave affezione.

Il liquido marcioso, per quanto si fosse però esternato in copia, non aveva potuto in un subito e largamente scolare e distendere la cute, operando di sotto alla medesima un'ampia cavità, ove in maggior quantità accumularsi: doveva pertanto accadere che la massa liquida, escita dalla cavità del petto, gravitando su quella comunicante, che stava ancora di dentro ed ambedue, gravitando probabilmente sui vasi maggiori del cuore, stirati da sinistra a destra, la massa liquida della tumefazione esterna avrà dovuto ricevere un forte impulso dall' immediato contatto coi detti vasi e col cuore; il quale impulso, propagato dalla massa liquida continuante dall'interno all' esterno della cavità toracica sarà derivato al tumore una forma di pulsazione aneurismatica.

Il movimento febbrile molto intenso che si accese nella prima notte di degenza in clinica del fanciullo, avrà attivato l'assorbimento marcioso, per quanto questo avesse potuto dapprima suscitare la stessa febbre. L'attivato assorbimento marcioso avrà dovuto scemare la massa liquida raccolta nella cavità pleurica ed in quella del tumore toracico.

Scemata la quantità della raccolta, poteva cessare la ecces-

siva gravitazione del liquido toracico sui vasi maggiori e rallentare la tensione del liquido formante tumore esterno; e con ciò spiegavasi il poco od insensibile mostrarsi della pulsazione sistolica sul medesimo.

Il tumore toracico diffatti non solo apparve ridotto di volume nella mattina del 15 maggio; non solo mostrava ambigua la pulsazione sistolica, ma sentivasi più molle del giorno innanzi, ed era gorgogliante. Tuttavia serbava, come abbiamo notato più addietro, il carattere spiccato di manifestare un abbassamento nell' atto inspirativo ed un sollevamento nell'atto espirativo. Tantochè nell' inspirazione scemava sensibilmente di volume nel senso dell' altezza e dell' estensione, ed aumentava invece, e in ogni senso, nella espirazione.

Questa circostanza poteva far nascere il dubbio che il tumore fluttuante e gorgogliante non comunicasse col cavo toracico? Considerando che il polmone nell'atto inspirativo si dispiega, ed aumenta nel suo volume, e che la cavità toracica subisce in quest' atto una corrispondente dilatazione, parrebbe infatti che, data una massa liquida e libera nel cavo pleurico, comunicante col liquido di un tumore toracico, il liquido intratoracico dovesse venire sospinto verso il liquido estratoracico in forza del dispiegamento inspiratorio del polmone — coll'effetto di accumulo maggior di liquido all'esterno: e per conseguenza di evidente ingrandimento nelle dimensioni della tumefazione toracica.

È forse dietro questo ragionamento fisiologico che alcuni chirurghi credettero che il *pioma toracico*, od ascesso da empiema esternatosi, dovesse elevarsi e sporgere nell'atto inspirativo, abbassarsi nell'atto espirativo. Ma al letto del malato le nozioni fisiologiche giova sieno applicate in modo completo, e fin dove sanno o ponno valere; ed ove desse non valgono, dobbiamo soccorrerci coi lumi dell'anatomia patologica; ed ove pur questi ci facessero difetto dovremmo pel momento rassegnarci. *L'affermare che l'anatomia e la fisiologia normale e patologica debbano considerarsi qual base della clinica, non vuol dire che la fisiologia e l' anatomia patologica sieno a quest' ora scienze così complete, che non abbiano mai a lasciarci mancare il loro sostegno.*

Nè sarà mai la *negazione della scienza* l'accarezzare e l'adottare il lato buono di discrepanti opinioni, che tra loro com-

battono su qualche punto di dottrina patologica, che quando fosse ancor discusso non potrebbe dirsi risolto.

Come non sarà *un degradare la dignità personale, nè meritevole la taccia d'uomo volgare e dappoco*, se pur conoscendo quant'altri mai, come i processi morbosi risultino da atti organici a corso fatale, si vorrà nullameno tentare con qualunque mezzo lecito ed onesto, ed anche *estraneo al dominio* della *scienza*, di sollevare il malato durante il tempo in cui l'infermo sarà costretto a sostenere la totale esplicazione di quegli atti organici fatali. L'affermare poi che *la farmacologia è per la massima parte l'eredità dell'empirismo* è lo stesso che dire, che molti rimedj, che *effettivamente giovano*, senza *sapere come giovano*, ci furono suggeriti più dal caso che dalla scienza. Ma tutto questo però in *lingua italiana*, *e per la gente onesta*, non ha lo stesso significato, che l'*affermare, che non si possa in oggi contare una terapeutica razionale.*

L'ignoranza ed il mal volere ponno ben di leggieri accusare di contraddizione uno oscuro, quanto un chiarissimo scrittore; quando vogliasi togliere dai discorsi e dagli scritti di taluno, di qui un mezzo periodo, di colà una proposizione, di qua una espressione, di là una parola, e il tutto riunire in un'arbitraria costruzione.

E guai se il mal volere di chi ti giudica fosse figlio d'una smisurata presunzione, fortuitamente offesa. Allora la passione acciecando anche la mente più erudita, se non grande, del tuo critico, metterà in tale scompiglio il suo intelletto da non permettergli neppure la comprensione di certi termini, che il solo buon senso vale ad intendere.

Tornando al caso nostro, dopo questa scusabile digressione personale, che va all'indirizzo di certi *rivistaj abborracciatori* e di certi *illustri propagatori di cose d'altrui*, in Italia, non potremo asserire che qui la fisiologia normale e patologica ci facesse difetto. Che anzi le cognizioni fisiologiche che si hanno intorno agli atti del respiro e le nozioni anatomo-patologiche, relative alle affezioni dell'apparato respiratorio ci parevano atte a fornirci una plausibile spiegazione del fenomeno offerto dal tumore.

Se il polmone, a cose normali, si distende nell'atto inspi-

rativo, e se coll' aumento del suo volume si dilata corrispondentemente anche la cassa toracica, nell' atto espirativo invece il polmone, scacciando due litri e mezzo all' incirca di gaz dalle sue cavità, deve relativamente ridurre e il suo volume e l'ampiezza della stessa cavità toracica. Per questa restrizione che fisiologicamente deve subire la cavità toracica, non vi sarebbe adunque ragione perchè il liquido che fosse in quantità cospicua contenuto nella cavità pleurica e comunicasse colla cavità di un tumore esterno costale, nell'atto espirativo dovesse starsi a maggior agio nella cavità toracica impiccolita. Il fatto della totale riduzione che la cavità toracica subisce nell' atto espirativo dovrà anzi costringere parte della massa liquida contenuta nella cavità della pleura a passare nella cavità del tumore costale, impartendogli un brusco moto di sollevamento espirativo ed un aumento ne' suoi diametri.

Ma circa l'atto inspirativo, le nozioni di pura fisiologia normale, applicate al nostro infermo, ci trarrebbero a deduzioni erronee. Mentre la sola anatomia patologica, qui, ci illumina ed esplica il fenomeno clinico.

In tutte le raccolte di liquidi morbosi della pleura in genere, ed in ispecie nelle purulente, (oltrechè il polmone potrebbe essere per precedenti affezioni indurito e più o meno estesamente impermeabile all' aria), viene necessariamente schiacciato, ridotto, inspessito e reso coriaceo ed impermeabile all'aria, dalla copiosa massa liquida e morbosa, raccoltasi nella cavità pleurica. In questa condizione di cose nell'atto inspirativo, il polmone non potrà, al certo, subire il dispiegamento fisiologico, e punto o di ben poco dovrà aumentare nella sua mole; nè sarà quindi in grado di sospingere la massa del liquido della cavità pleurica, verso l'altra massa di liquido raccolta nella comunicante tumefazione toracica. E perciò non vi potrebbe esistere una ragione di sollevamento e di ingrandimento del tumore nell'atto inspirativo.

Se non che si potrebbe objettare: ma se il polmone schiacciato e coriaceo non si dispiega punto o per ben poco, pure la cavità corrispondente del petto non si dovrebbe amplificare nell' atto inspirativo. E noi vediamo infatti, in questo atto, immobile o quasi, il costato, che è sede di raccolta liquida. Ora quel poco di distendimento inspirativo che mai potesse

raggiungere il polmone, dovrebbe ben bastare a sospingere verso il tumore la massa liquida intrapleurica, cagionando sulla stessa un moto di sollevamento inspiratorio e l'aumento nel suo volume.

Questo ragionamento sarebbe giusto se si potesse ammettere che nell'atto inspirativo non si dilatasse (benchè scarsamente) che il solo polmone schiacciato del lato affetto, e che tutta la cavità toracica rimanesse immobile. Ciò che sarebbe assurdo il pensare. Infatti nelle cospicue collezioni morbose, unilaterali del torace, noi troviamo invece accresciuta del doppio l'attività dei muscoli inspiratorj del lato sano ed aumentata d'assai l' escursibilità da questo medesimo lato. Tanto che la cavità del costato affetto deve subire qualche dilatazione, pur nel caso in cui i suoi muscoli fossero onninamente paralizzati. Che se ciò fosse dubbioso per l'aumento trasversale ed antero-posteriore, non lo potrebbe essere pel senso verticale, atteso il maggior appianamento che dovrebbe accadere in tutta la superficie diafragmatica.

Data l' ampliazione maggiore pur del costato, affetto nell' atto inspirativo, indipendentemente dalla mancante distensibilità del polmone corrispondente (che è schiacciato), si avrebbe la ragione sufficiente del moto di abbassamento del tumore e del suo impicciolimento nell'atto inspirativo. In quanto che il piccolo aumento della cavità toracica, avvenuto nell' atto inspirativo, verrebbe ad abbassare d' alquanto il livello del liquido intrapleurico, facendo rientrare anche in parte nella cavità toracica il liquido della tumefazione; d'onde il moto di abbassamento inspirativo e la diminuzione de' diametri della tumefazione medesima.

Aggiungasi poi il fatto della pressione atmosferica e allora troveremo più chiara e confermata la nostra spiegazione.

Nell' atto inspirativo fisiologicamente, la tensione dell' aria del polmone è minore (negativa) della pressione atmosferica; mentre nell'espirazione è maggiore (positiva) della stessa pressione atmosferica. Ora nei casi di impermeabilità parziale del polmone e paralisi dei muscoli intercostali, noi vediamo come gli spazj intercostali corrispondenti alla lesione si abbassino sensibilmente durante l' inspirazione in forza della pressione esterna dell' atmosfera.

Nella grande raccolta liquida della pleura, paralizzatasi la

muscolatura del lato affetto, questo lato per suo conto rimane immobile o quasi, tanto nell' atto inspirativo che espirativo; dovrà accadere quindi che la pressione atmosferica eserciterà la sua influenza maggiormente sulle pareti toraciche del lato immobile e più nell'atto inspirativo, che espirativo. Che se la pressione atmosferica si dispiegherà su tutto l'ambito del costato malato, dovrà necessariamente estendersi anche sulla superficie del tumore comunicante colla cavità pleurica. E ciò potrà facilitare l' entrata del suo contenuto liquido nella cavità toracica, che s'ingrandisce nell'atto inspirativo, e durante il quale abbiamo visto che la tensione dell' aria intratoracica è inferiore alla pressione atmosferica.

Dopo la ragionevole, se non assolutamente certa, esplicazione data e della sede e dei caratteri del tumore toracico, comunicante col cavo pleurico sinistro, e dopo tutto quanto incidentalmente discorremmo intorno alla spiegazione di tanti altri fenomeni morbosi, incertamente e sicuramente presentati dall' infermo al proprio domicilio, e di quelli che indubbiamente mostrava al nostro ripetuto esame dello stato presente, ci rimaneva poco a dire sugli altri sintomi di minor valore. L'ottusità che al costato destro si era rilevata al livello della quinta costa, nella linea mammaria e che andava scendendo verso la sesta e la settima, a mano a mano che si entrava dalla linea ascellare anteriore verso l'ascella, toccando l' ottava, la nona e la decima nell' attraversare la linea ascellare posteriore giungendo sino alla apofisi spinosa delle vertebre, spettava al fegato, un po' ingrandito, atteso l'impedito deflusso del sangue delle vene sopraepatiche che dovevano trovare abitualmente ricolma la cava inferiore, il cui sangue doveva essere impedito di sboccare nell'orecchietta destra, per l'impedito afflusso del sangue della arteria polmonare verso il polmone, di cui uno (il sinistro) era forse ridotto ad un ottavo del suo volume. I rantoli mucosi, uditi nella parte posteriore inferiore destra accennavano a lieve catarro bronchiale, successivo all'iperemia venosa della mucosa di quella sezione di tubi bronchiali, che dovevano, per la loro parte bassa, subire l' influenza dell' ipostasi polmonare dell' ostacolo generale al deflusso del sangue venoso, e dell'azione comprimente del sottoposto fegato ingrandito.

Il respiro aspro soffiante, (con l'assenza totale di rantoli o di sfregamento), respiro che udivasi nella parte superiore si-

nistra, esprimeva la forte consonanza dell'aria dei bronchi di quella parte, per essere ivi circondati da un parenchima polmonare indurito e reso coriaceo dallo schiacciamento operato dalla raccolta marciosa dalla pleura. A questo stesso punto il fremito non assolutamente abolito della voce, accennava o ad uno strato ben sottile di liquido od a sua grande densità, od a somma spessezza della pleura; ma certo con indurimento scleritico dello schiacciato polmone. —

Fu agitata la quistione, nei tempi andati, e da uomini autorevoli, se nei versamenti liquidi della pleura si trovasse sempre o non sempre, un soffio; e se questo, (massime nel caso di versamento liquido), mostrasse caratteri speciali, per cui lo si potesse rettamente distinguere da quello che potrebbe derivare da polmonare epatizzazione rossa o grigia. E taluni affermarono *che sempre*; tali altri *che non sempre* nella pleurite con spandimento liquido si avesse soffio. Qualcuno asserì non avere questo soffio caratteri sicuramente differenziabili pei quali si potesse distinguere da quello dato dalla pneumonite. Si parlò di soffio *dolce*, *labiale*, di *respirazione strisciante*, per indicare il rumore dato dalla pleurite con spandimento; e di soffio *rude*, *aspro*, *tubario* per accennare quello svolto dall'epatizzazione polmonare. Così si aggiungeva aversi nelle collezioni liquide della pleura la voce *egofonica*, ossia l'egofonia, la *broncofonia* invece nell'epatizzazione polmonare; che in quest'ultima il fremito toracico della voce dovesse essere più intensamente percepito, mentre fosse mancante negli spandimenti pleurici; che l'ottusità fosse assoluta come totalmente mancante fosse pure l'elasticità nei casi di raccolte liquide della pleura; e si avesse bensì ottusità ma con permanente elasticità nella semplice epatizzazione polmonare. Infine si annunziò e si contradisse potersi avere ne' versamenti liquidi della pleura perfino un suono timpanico in qualche punto del costato affetto. Delle enunciate questioni, il tempo ha fatto ragione — di modo che oggidì non ponno più denominarsi tali.

Chi senza pretesa alcuna e senza preoccupazioni in testa studia le malattie non tanto sui libri, quanto al letto del malato, e successivamente alla tavola anatomica, potrà trovare che in singoli casi tutte le discrepanti opinioni sopraccennate

e già professate da nomi rispettabili potrebbero trovare il loro appoggio.

Nè perchè una cosa fu detta da Läennec o da Avrembruger, da Hoppe o da Stokes, da Skoda o da Traube, da Wintrich o da Friedreic, da Barth o da Roget, da Casorati o da Landouzy, ha da essere vera assolutamente.

Se le autorità hanno diritto al nostro relativo rispetto non è loro concesso però quello d'incatenarci la facoltà del libero esame delle loro opinioni e di controllare i fatti da loro ammessi come avverabili od avvenuti. E ciò senza riguardo alla grandezza d' ingegno, alla più o meno meritata fama di un celebrato nome o di una più o meno progredita nazione (1).

---

(1) A proposito di autorità scientifiche e di interpretazioni fisiologiche dei fenomeni clinici, devo far noto ai lettori della *Gazzetta*, come alcune nostre espressioni di indipendenza scientifica, ed alcune spiegazioni teoriche che credemmo di dare di certi fatti morbosi, trattando della *patologia e terapia della iperemia*), furono cagione di due note *cortesi*, che stanno in un *grave* giornale scientifico, che esce in luce nella gentile Firenze. — (Vedi *Sperimentale*, fascicolo di settembre e ottobre 1868, pag. 232 e 247). A pag. 16 della succitata nostra memoria è detto: « non es-
« sendo state dimostrate fibre dilatatrici dei vasi, come pretenderebbe
« ammettere lo Schiff, non si può pensare ad iperemie, prodotte da tonica
« contrazione di queste fibre, che dovrebbero aver l' officio di dilatare il
« lume delle arterie ». Ora ecco quanto noi siamo in diritto di qui trascrivere:

« Les résultats que nous ont fournis quelques expériences isolées sur
« l' oreille du lapin, nous ont conduits à admettre avec toute probabilité,
« une dilatation active des vaisseaux. Je crois vous avoir démontré que
« la dilatation vasculaire, dans les différentes formes où nous l'avons con-
« sidérée, est bien reellement l' effet d' une activité nerveuse, et ne sau-
« rait en aucune façon être rapportée à un rélachement des vaisseaux, ni
« à une épuisement des nerfs constricteurs. Aucun fait probant n' a été
« allégué jusqu' aujourd' hui contre notre hypothèse, et quoique le méca-
« nisme, l' *istrument* de la dilatation active échappe encore à nos moyens
« d' investigation, rien au moins n' en démontre l' *impossibilité* anato-
« mique. Tout ce que nous en pouvons dire provisoirement, c' est que si
« le mécanisme de la constriction est directement expliqué par l' examen
« microscopique des muscles vasculaires, la dilatation active *parait* être
« étrangère aux tuniques propres des vaissaux et s' effectuer par l'inter-
« médiaire des tissus intervasculaires. Il serait téméraire de nier un fait
« directement observé parce que nous n' en comprenons pas encore le
« mécanisme ».

Questo brano testualmente riportato dalla recente opera di Schiff (*Leçons sur la physiologie de la digestion.* — Florence et Turin, Hermann

Imperocchè anche i veri genj ponno egualmente fallire quanto i pretesi genj ed i presunti innovatori. Imperocchè anche presso le nazioni effettivamente più ricche di uomini grandi e di universale coltura vi ha ben da essere la borra; come in altra nazione, non immeritamente tenuta a vile, si può trovare ben anco della buona stoffa.

---

Laescher, 1868), costituisce e il principio della 12.ª lezione e la conclusione di varie osservazioni sperimentali e considerazioni, messe innanzi dall' autore nella 11.ª sua lezione.

La lettura e lo studio delle produzioni di uomini (la cui grandezza nè contestiamo, nè abbiamo mai sognato di porre a confronto colla nostra pochezza) non può essere l'esclusivo privilegio di taluno.

L' illustre prof. Schiff lavori pure, strenuo ed indefesso campione delle scienze fisiologiche, fino a che le sue idee circa l' azione dei nervi vasomotori trionfino completamente su quelle de' suoi predecessori e contemporanei. Ma per quanto egli chiami *temerario* il negare un fatto, direttamente osservato, perchè non se ne conosce ancora il meccanismo, non ci vorrà, al certo, portare astio alcuno, se intorno all' azione dei nervi motori dei vasi, in luogo d' abbracciare la sua *ipotesi della dilatazione attiva*, vogliamo attenerci ancora a quella professata da Henle e da Donders.

Ci si trovi l' *istrumento* che serve di meccanismo alla *dilatazione attiva dei vasi* e allora abbraccieremo le idee della dilatazione attiva. Ma fino ad ora non si sa comprendere l' estrinsecazione della attività di fibre nervose motorie, senza l'esistenza di fibre muscolari, striate o liscie. Solo si capisce il moto senza bisogno di nervi motori e di fibre muscolari. Infatti nel mondo tutto è moto, eppure non venne in mente mai ad alcuno di cercare i nervi del *cosmos*. Ma scendendo agli organismi vegetali, non presentano dessi moti di contrazione e di espansione, di nutrizione (colossale)? e chi ha mai trovato nervi in detti organismi? Ci sarà proprio bisogno per ogni moto organico-animale di cercare un nervo speciale, senza dare importanza alcuna alle proprietà inerenti ai tessuti organici in genere pure privi di nervi? o se nervi motori devono pure esistere, e allora non solo dimostrateli in via indiretta e diretta; ma fateci pur anche vedere l'apparato meccanico, di cui detti nervi si servono O quanto meno distruggete una legge organico-animale, e dite, *Vi ponno essere fibre nervose motorie, senza corrispondente apparato muscolare da muovere.* — Non si potrebbe anche dubitare, che chi studia in modo speciale le proprietà del sistema nervoso non vedesse che attività nervose anche colà ove non si hanno che semplici proprietà istologiche? All'illustre Mascagni, che si occupò grandemente del sistema linfatico, pareva di trovar tutto l' organismo animale costituito da una rete di vasi linfatici. — Ma di grazia, le cellule neoformate e libere che pur si muovono, si costringono ed espandono, posseggono nervi motori, costrittori e dilatatori? —

La nostra posizione sociale richiede innanzi tutto che dobbiamo essere medico-pratico, e non un eccellente fisiologo, nè un abile e paziente speri-

La completa ottusità congiunta coll'abolita elasticità del costato al punto corrispondente all'affezione, è al certo un dato prezioso per la diagnosi della pleurite tanto secca che con essudato libero. Come sono importantissimi sintomi lo sfregamento pleurico, il mormorio vescicolare bisbiglioso o mancante, il soffio dolce, l' abolizione del fremito della voce,

---

mentatore di vivi animali. A quest'ultimo ufficio è deputato invece il chiarissimoSchiff, che con mille ecatombe immolate alla scienza tenta pella sua via di giovare all' umanità. Ma perchè desso possa raggiungere quest' ultimo scopo conviene che fornisca al medico esercente la sicura conoscenza di una legge fisiologica e non solamente della ipotesi. Il medico pratico deve saper conoscere le affezioni morbose, e possibilmente curar gli ammalati. Rilevare i fatti clinici con esattezza e fedeltà è il primo còmpito del clinico; interpretar di tali fatti il significato *pratico* è il còmpito secondo: in quest' ultimo e difficile dovere può spessissime volte fallire, e non sempre per colpa dell' uomo, ma ben anco per oscurità della scienza. Quando però l' interpretazione pratica dei fenomeni morbosi non trae seco dei corollarj terapeutici dannosi al malato non ha motivo alcuno, il clinico, di inquietarsi.

La fisiologia non è ancora scienza così perfetta, la cui conoscenza profonda valga a dare spiegazione esatta di tutti i fatti clinici. E quando poi questi fatti s' aggirano sulle funzioni del sistema nervoso, non so chi osi, a quest' ora, con assoluta franchezza affermare di poter camminare al sicuro. Noi potremo ammirare in Schiff il grande, ma non potremo riguardare in lui il fortunatissimo mortale, che, in fatto di studj fisiologici sperimentali in genere, s sul sistema nervoso in specie, varrà proprio a proferire l' ultima parola, senza lasciar ai posteri da aggiungere verbo. Che anzi abbiamo ferma opinione, che se a Stilling, a Sckroeder van der Kolk, a Henle, a Donders succedè lo Schiff, allo Schiff terranno dietro altri fisiologi e sperimentatori che potranno mettere in forse le sue idee attualmente tanto idolatrate dal genialissimo di lui ammiratore ed allievo, il dott. A. Correnti. A meno che quest'ultimo sia proprio il designato dal destino, come l'onnisciente che valga a sciôrre tutte le questioni fisio-patologiche passate, presenti, rendendo impossibili questioni future..... Imperocchè la sua bocca, pare, sia la bocca di sapienza e verità; e noi poveri tapini, non sappiamo quel che diciamo.

Quel poco che sappiamo l' abbiamo rivelato al pubblico, e in due concorsi per esami sostenuti, e in qualche memoria stampata, e coll' insegnamento di medicina pratica data a Genova e a Pavia.

Nei poveri nostri scritti, non mirammo a conseguire l' elogio dei scienziati naturalisti; ma a divenire possibilmente utili ai medici esercenti. E nello insegnamento clinico e cattedratico ritenemmo (come riteniamo e riterremo) nostro dovere, di cercare di formare dei medici pratici e non dei dilettanti in medicina, cianciosi e vani.

Delle nostre produzioni stampate, a giudizio dell' assistente di Pacini

l'egofonia, la immobilità del costato, lo appianamento e la sporgenza degli spazi intercostali e il decubito obbligato verso il lato affetto e le postume deformità toraciche. Ma con tutti questi sintomi non va trascurata la qualità del dolore, il modo di insorgere e di decorrere della febbre, il grado di sua intensità, la qualità della tosse e dello sputo.

---

le anteriori a quella sull' *iperemia* sono *importanti* e *giudiziose*; ma quella che tratta della iperemia non ha pregio alcuno.

Tutte le produzioni umane sono imperfette, nè ci siamo creduti mai capaci di erigere dei monumenti grandiosi per la scienza.

Ci permettiamo però di far rilevare una cosa molto curiosa e che deve eccitare la viva attenzione tanto del psicologo come del materialista. — In fatto di produzioni letterarie, artistiche, musicali, può capitare di spesso che l' opera dei 20 anni piaccia o sia effettivamente più bella di quelle create a 60 anni; ma in cose di scienza che posano sull' esercizio pratico, si dovrebbe supporre *a priori*, che le meno imperfette fossero quelle compiute nell' età matura; *non dirò decrepita.* Ora, sempre a giudizio del mio critico, in me si è avverato tutto il contrario. E sì che non tocco ai 40 anni!

Il proemio al nostro frammento di patologia e terapia generale è tutta una rivelazione dell' animo nostro. — Tentare un' ardua impresa, più per eccitare i capaci a fare ciò, che la deboli nostre forze non avrebbero al certo potuto compiere, fu il nostro precipuo intento. Intanto, stare in attesa dell' accoglienza, che il pubblico *competente* avrebbe fatto al nostro tentativo, era per noi una necessità e nello stesso tempo norma per attuare o meno disegni futuri.

Ora noi vediamo a quel nostro lavoro diretti degli attacchi dall' ajuto del prof. Pacini. La critica adunque ci vien mossa da un medico. che assiste lo scopritore dei *corpuscoli cutanei* nelle sue investigazioni di anatomia topografica ed istologica. La sostanza degli appunti critici verte sulla interpretazione fisiologica, da noi data di alcuni fatti morbosi che hanno rapporto colle attività dei nervi vaso-motori. In altre parole, il perno dell' attacco s'aggira pur sempre sulla *ipotesi* della dilatazione *passiva* od *attiva* dei vasi sangulgni. Della nostra memoria è aggredito piuttosto la parte speculativa, che tocca più alle mutabili teorie basate all' ipotesi, che non sia intaccata la parte sostanziale dello scritto, e da medici, che sappiano di medicina pratica. Di questi ben temiamo il giudizio.

Lasciando al pubblico di sentenziare se il nostro critico sia giudice competente, spassionato, d' una memoria destinata all' uso dei medici esercenti, terremo nullameno a calcolo gli appunti fattici per ritornare sulla teoria dell' iperemia, in altro scritto, ed a miglior agio che non ci è concesso di fare a quest' ora e in questa nota. Allora speriamo di poter riuscire a convincere il nostro critico di due cose: 1.° Che *clinicamente* parlando non ci siamo contradetti, colle distinzioni e sinonimie da noi ammesse dell' iperemia. 2.° Che pur un pigmeo, puo provarsi e talora riuscire a trovare il debole delle teorie dei giganti della scienza.

Intanto dalle pleuriti secche e circoscrittissime si esigerebbe invano una ottusità distintamente assoluta, colla abolizione completa dell'elasticità. In quantochè il troppo angusto punto, fisicamente alterato nelle sue condizioni di risuonanza e di elasticità sarebbe sproporzionatamente circondato da punti di troppo estese superfici perfettamente risuonanti ed elastiche.

Così in una pleurite adesiva o con copioso essudato libero si cercherebbe inutilmente lo sfregamento.

Nè questo rumore per se solo va considerato di valore assoluto, ma appena relativo alla modalità variabile di sua esplicazione ed all' abilità dell' ascoltatore. Quante volte lo sfregamento pleuritico si svolge nel solo atto inspirativo e colle forme acustiche di sì minuti crepiti, da lasciarci per un istante sospesi sul suo reale significato! E se non calcolassimo, in questi casi, altri sintomi e non precisassimo se il crepitío odesi piuttosto in modo sparpagliato e successivo, anzichè intensamente riunito in piccolo spazio, e in modo istantaneo e uniforme, saremmo costretti a riferirlo ai rumori intrapolmonari, attribuendogli nome e significato del rantolo crepitante. D'altra parte non è possibile aversi nella pleurite anche un vero rantolo crepitante superficiale e sparso, in modo temporaneo ed all'esordire della pleurite, per vera congestione delle cellule polmonari le più superficiali con consecutivo trassudamento sieroso nelle medesime.

Il dolore piuttosto lancinante, che suol dare la pleurite, può essere la sola cagione del dato acustico della respirazione bisbigliosa o mancante. Ma questo sintomo sarà dato in generale dall' essudato sieroso o fibrinoso che lievemente comprimendo, e di poco spostando dal costato il polmone, ne impedisce il largo e completo distendimento vescicolare; d'onde una minore cifra nella somma delle ragioni fisiche del mormorio respiratorio. E questo mormore respiratorio, di già scemato, verrà ancor più a perdere nella sua intensità, durante la via di trasmissione che dovrà percorrere, attraversando un conduttore di suoni (essudato liquido) meno atto del costa-

---

Intanto, l' attuale assistente di Pacini, dott. Correnti, si sarà fin da quest' ora convinto di aver sbagliato i suoi calcoli, quando per *limpide mire* si accingeva a vergare le sopracitate note, che, per un resto di pudore, forse dispiacquero, almeno nella forma, a coloro medesimi, di cui sperava gratificarsi l' animo.

to; il quale a cose normali è l' immediato trasmissore dei suoni polmonari che l'orecchio dell'ascoltatore percepisce. Fate che l'essudato liquido sia in quantità tale da poter schiacciare e portare rapidamente in alto il polmone, e allora potrete avere abolizione del respiro nelle parti posteriori inferiori; e respiro soffiante o soffio dolce, velato, strisciante verso la linea vertebrale delle parti posteriori superiori ed al livello del liquido morboso; cioè verso il punto corrispondente a quello, ove il polmone è stato violentemente sospinto. Ma siccome la quantità del liquido, recentemente raccolto nel cavo pleurico, nè per massa eccessiva, nè per diuturna azione comprimente può impedire un discreto, benchè stentato ed incompleto dispiegamento inspiratorio del parenchima polmonare, dovrà accadere che l'aria non potendo passare liberamente nelle vescicole polmonari periferiche, e stentatamente nelle più centrali, dovrà penetrare con maggiore forza nei tubi bronchiali, tra loro molto avvicinati, atteso la forzata riduzione del parenchima polmonare. Per queste condizioni adunque da un canto noi avremo difetto di cagioni fisiche per cui si possa normalmente svolgere il mormore respiratorio, che perciò ci sembrerà compiersi in modo debole, stentato, frusciante; dall' altro canto avremo abbondanza di ragioni fisiche per una maggior consuonanza nei bronchi, che si tradurrà in un soffio.

Ma questo soffio e per essere in parte mascherato dal contemporaneo mormorio vescicolare, (benchè debole e stentato), e per essere attutito, nel grado di sua intensità, dallo strato del liquido morboso che deve attraversare, per arrivare alla parete toracica, ci potrà pervenire all'orecchio con uno timbro speciale di dolcezza, o come un soffio *velato*, *succiato*. Fate infine che la copia dell'essudato sia tale che non permetta più al polmone di occupare verun spazio del cavo pleurico, e voi avrete abolizione d'ogni suono normale e morboso.

Non ci vuole poi un grande acume per comprendere come a causa della prolungata azione comprimente di un copioso essudato pleurico possa derivare la permanente riduzione e l'inspessimento coriaceo del parenchima polmonare, pel quale si viene ad avere e soffio tubario, e superstite o relativamente accresciuta vibrazione toracica della voce; per quanto in generale rimanga sempre in simili contingenze cliniche un certo difetto dell' elasticità della parte.

Ma questo stesso soffio dolce non va ritenuto come esclusivo della pleurite con versamento. Tumori encefaloidei della pleura potrebbero dare soffio dolce od aspro, ottusità e mancante fremito toracico della voce. In certi casi di pneumoniti ipostatiche, in cui gli alveoli polmonari non sono oppilati da essudato cruposo come nella pneumonite reumatica; nelle pneumoniti centrali, iniziali o molto circoscritte verso la parte media della linea ascellare posteriore, si può talora avere dei soffi dolci. In questi casi, data la pneumonite sola, non si avrà certamente una mutezza eguale a quella che può dare una pleurite con versamento, e vi sarà superstite l'elasticità, ed il fremito toracico potrà fors'anche essere accresciuto, oltre al possibile rantolo crepitante, la qualità dello sputo, certe condizioni speciali della febbre o generali dell'individuo.

Ma accenno a ciò per concludere come neppure il soffio dolce va considerato come caratteristico della pleurite con versamento. E se pensassimo ai non rarissimi casi di pleurite acuta con essudato copioso, ma semi-solido o di empiema, con pus molto condensato, noi non vorremmo al certo aspettarci di trovare un soffio dolce. Il polmone schiacciato e formante come un corpo continuo colla massa semiliquida, che tiene saldate le due faccie pleuriche, vi darà un soffio tubario abbastanza rude da somigliare a quello dell' epatizzazione polmonare.

Infine che un essudato sieroso-fibrinoso, che il pus del cavo pleurico possa subire una decomposizione putrida, da cui si abbia a svolgere dei gaz nessuno deve mettere in dubbio. Che per altre cagioni possa avverarsi una collezione contemporanea di liquido e di gaz nella pleura, va pure ammesso. Ma che in questi casi si possa avere suono timpanico al livello della raccolta liquida contenente del gaz io non dirò che sia inammissibile, ma per mio conto, ne dubito assai, nè io ho potuto mai accertare un simile fatto. Inquanto che o il liquido non occupa tutta la cavità pleurica ed il gaz sprigionandosi dal suo grembo, guadagnerà le parti più alte: od il liquido occuperà tutto il cavo toracico, e verrà colla sua tensione a ritenere prigione il gaz, e allora la risonanza non potrà essere che quella della massa fluida che prevalentemente è posta a contatto della parete costale, cioè il liquido che dovrà dare suono ottuso.

Il suono timpanico però è rilevabile ben di frequente nella regione clavicolare e sottoclavicolare, o solamente al terzo interno di dette regioni, nelle pleuriti incipienti ed a copioso essudato, ma non occupante tutto il cavo pleurico. In questi casi il suono timpanico è dato dall' affollamento del polmone in quei punti limitati di dette regioni. Ma il suono timpanico l' abbiamo anche di spesso nelle regioni anteriori del costato, corrispondente a pneumoniti posteriori. E ciò per distensione enfisematica vicaria, temporanea delle vescicole polmonari della parte anteriore, atteso l'impedito ingresso dell' aria in quelle che sono obliterate dall'essudato cruposo e dagli epiteli alveolari.

## §. 4. — *Prognosi.*

Per quanto la diagnosi di *pio-pneumotorace sinistro*, da *probabile pleurite acuta traumatica* ci dovesse lasciare qualche speranza di guarigione, pure la non assoluta certezza della cagione determinante l'affezione pleurica, e lo stato generale dell'infermo, la gravezza dell'or ora ricorsa febbre, cui forse doveva il medesimo andare ulteriormente soggetto, ci lasciavano una ben sbiadita lusinga di salvare quella pericolante vita.

E questa lusinga era quasi esclusivamente basata sulla pronta attuazione di un metodo curativo puramente chirurgico. Era inutile il fare notare come una volta si fosse salvato da morte il fanciullo, avremmo dovuto aspettarci come inevitabile esito, una permanente deformità del costato sinistro colla insufficienza respiratoria. Dacchè per quanto la malattia datasse da poco più di un mese, non era più sperabile che il polmone sinistro potesse ritornare al pristino suo stato di elasticità, distensibilità e di consistenza.

Riflettendo poi alle conseguenze di una periostite ed osteite costale dubitavamo che il fanciullo avesse potuto sostenere successivamente i lenti ed esaurienti processi relativi alle affezioni croniche delle ossa.

## §. 5. — *Cura.*

Il trattamento curativo ch'io aveva in animo di praticare, e nel quale soltanto m'era lecito poggiare alquanto la mia lusinga di salvare il fanciullo, consisteva nel dare esito alla raccolta marciosa del petto, sostenere convenientemente le

stremate forze dell'infermo, e in vista di mitigare il possibile accesso di nuova febbre d'assorbimento, proponeva un po' di solfato di chinino per bocca, o per clistere.

Io era d'avviso che l'apertura del petto venisse eseguita mediante un trequarti, nel sesto spazio intercostale sinistro e nel punto corrispondente al terzo posteriore della lunghezza della 7.ª costa, tenendo lo strumento perforatore ben ben rasente il margine superiore della stessa 7.ª costola. E ciò, *primo*, perchè al terzo posteriore del tratto percorso dalla costa, l'arteria intercostale è già discesa nella solcatura, che è scavata verso il margine inferiore della costa stessa; *secondo*, per scansare possibilmente di intaccare l'arteria intercostale della sopraposta 6.ª costa.

Evacuata la marcia, era mio divisamento di mantenere in grembo alla ferita penetrante, la cannula del trequarti, per due o tre giorni, infino a che si potesse avere speranza di aver prodotto un canale fistoloso, per cui introdurre in seguito od una cannula di osso o d'argento e successivamente il tubo a drenaggio. Non trascurando di fare qualche injezione detersiva, astringente od escarotica e le metodiche medicazioni giornaliere e ripetute.

Per quanto però fosse mio ardente desiderio di attuare tosto il mio disegno, non trovava conveniente, ma pericoloso, il sottoporre il fanciullo ad un'operazione chirurgica, proprio in quel dì (16 maggio) in cui la violenta febbre svoltasi subito dopo il trasporto del malato, aveva svigorito le sue forze.

Ordinai si somministrasse zuppa e minestra, fatta con brodo ben concentrato, qualche cucchiaiata di vino generoso e di vino chinato, e feci prescrivere chinino in siroppo e per clistere; rimedio che però il ragazzo rifiutò recisamente di prendere per bocca e si opponeva di riceverlo anche per il retto intestino, ma si riescì per quest'ultima via ad introdurne almeno venticinque centigrammi.

L'infermo mostrò di gustare alquanto la zuppa e la minestra, non rifiutò il vino chinato, e prese avidamente il vino generoso: la sera del 16 non solo non è assalito da febbre, ma si trovano dissipate le macchie livide delle estremità e divenute assai più circoscritte e smunte quelle del tronco e del viso. La temperatura ascellare segna + 37 50, il polso è a 135, il respiro a 40.

*Il 17 idem.* — di mattina si sente che il ragazzo ha dormito interrottamente per varie ore senza lamenti, senza tosse, cercando da bere non troppo di sovente. Sono scomparsi i lividori del volto e del tronco, la fisionomia esprime tuttavia dell'ansietà, ma in grado molto minore del giorno precedente. Serba il grado di temperatura, la frequenza del polso e del respiro che aveva la sera innanzi.

La cute del collo e del petto mostra lieve sudore, senza sudamina. Le urine sono scarse (250 cc. in 12 ore) di densità 1015, sono di tinta giallo-pallida con scarso sedimento biancastro, polveroso, (fosfati terrosi) di reazione leggermente alcalina, scevre d' albume, con discreta copia di cloruri e ricchezza di fosfati.

Ma dove la nostra attenzione è maggiormente rivolta è al costato sinistro, ove sono avvenute modificazioni sensibili nei fenomeni già segnalati, e ove sono apparsi sintomi nuovi. La tumefazione toracica si è appianata al punto, che nell'atto inspirativo non è quasi più possibile di rilevarla: e nell' atto espirativo mostra più lo aspetto di un sollevamento semplice di un tratto circoscritto di cute scollata, anzichè di un pieno e compatto tumore che si innalzi: eppure colla palpazione, appena al livello del 2.° spazio intercostale, si riesce a percepire il senso di oscura fluttuazione, ma senza gorgoglio.

Il manubrio dello sterno dà risuonanza chiaro-timpanica, e quasi eguale risonanza si svolge dalla porzione sternale delle prime due coste. Ma in quest'ultimo punto il dito che percuote non trova relativa elasticità. In corrispondenza al manubrio sternale odesi respirazione soffiante, ed in corrispondenza della porzione sternale delle prime tre coste si ascolta, (nel solo atto inspirativo e in modo incostante) un rumore di soffio. Questo soffio, secondo il grado d'intensità dell'atto inspirativo, o non si avverte quasi, od ha un carattere aspro, metallico, o viene adulterato nel suo timbro da un altro rumore che sentesi in tutti e due i tempi, ma più spiccatamente sul finire dell' inspirazione o dell' espirazione, e che è difficile tradursi con parole. Quando ad una inspirazione brusca sussegue una istantanea espirazione, il detto rumore rassomiglia a quello di un liquido agitato in una cavità risonante e semipiena e che si potrebbe tradurre coi monosillabi di *glag glag*. Quando l'inspirazione si fa più profonda e lenta,

sentesi un suono analogo a quello che potrebbesi produrre coll'applicare e distaccare l'apice della lingua dal palato osseo, precedentemente lubricato con qualche sostanza liquida glutinosa.

Tentammo invano dal restio fanciullo, (nè ci pareva troppo umanitario insistere) perchè debitamente si prestasse alla nostra esigenza, rivolta a raccogliere precisi dati sulla succussione e misurazione toracica che non eseguimmo mai per l'innanzi. Circa la toracometria possiamo dire che la misura circolare del petto all'altezza anteriore della 5.ª costa e nell'alto inspirativo, segnava cent. 56. 50. di cui cent. 28, 50 ci parvero spettare al lato destro e soli cent. 28 al lato sinistro. Mentre fissando ben bene l'occhio sul metro nel mentre si succedevano i rapidi e frequenti atti respiratori, credemmo di poter notare di misura circolare del petto, nell'atto espirativo, e sempre allo stesso livello, centim. 55, di cui cent. 27 pel lato destro e cent. 28 invariabilmente pel sinistro, tanto nell'atto inspiratorio che espirativo. Pareva quindi che l'escursione inspirativa del costato destro fosse di circa cent. 1. 50, e nulla od incalcolabile quella del lato sinistro. Questi dati però, attesa l'impossibilità di rigorosamente affermarli, con esatte esplorazioni non concesse dallo stato dell'infermo, non vanno calcolati gran che.

In qualche momento ci parve persino che il soffio vestisse il carattere del cavernoso e dell'anforico, e che il rumore di *glag glag* assumesse le modalità acustiche del gorgoglio o del rantolo metallico. Tanto che ci si doveva affacciare l'idea di una escavazione polmonare, più o meno comunicante col cavo pleurico empiematico. E in vista dell'età e del deperimento nutritivo dell'infermo, lo spettro della caverna tubercolare, ci doveva guizzare sinistramente agli occhi.

Però non ci lasciammo rimovere dalle nostre prime convinzioni, ma non per male inteso amore proprio, nè per infruttuosa e riprovevole ostinatezza nel voler sostenere quanto stimammo ammettere come ipotesi la più probabile, jeri, ma che non potrebbe più essere sostenibile in oggi.

Prima d'arrischiare a dare una spiegazione razionale dei nuovi fatti morbosi avveratisi nel nostro fanciullo, ho stimato bene ricordare come nè il suono di pentola fessa, nè gli scrosci umidi, nè il soffio ampio cavernoso, anforico, nè il gorgoglio sieno da ritenersi quali segni esclusivi di una caverna polmonare in genere, o tubercolare in ispecie.

Richiamai due casi di pleuro-pneumonite dell'apice, nel periodo risolutivo nei quali noi trovammo riuniti tutti i menzionati fenomeni alla regione sottoclavicolare, di modo che un medico pratico, che nulla avesse conosciuto dell'anamnesi, ed al quale si fosse occultato il volto e il corpo degli ammalati e l'andamento e l'esito dell'affezione (terminata in completa guarigione), quel pratico dai soli fenomeni statici non avrebbe esitato un istante a giudicare gli infermi, come affetti da escavazione polmonare; e pella sede della caverna, sicuramente tubercolare.

Richiamai alla memoria l'importantissimo caso morboso, affidato nellan'no 1866-67 allo studente sig. Sacchini, nel quale caso morboso si avevano rantoli gorgoglianti o metallici e soffio cavernoso, anforico all'apice: eppure insistetti per la diagnosi di semplice bronchiectasia con possibile circoscritta comunicazione dei dilatati bronchi con la cavità pleurica, come fu trovato infatti all'autopsia. (1).

Esortai gli uditori a non dimenticare che se il liqu do marcioso nel giorno 13 maggio doveva riempiere forse totalmente la cavità della pleura sinistra e quella della rilevata tumefazione toracica, dalla mattina del giorno 16 maggio (tre giorni dopo), noi assistevamo al processo di riduzione nel suo volume e fors'anche di sua costituzione chimica — in parte per assorbimento, in parte per decomposizione putrida; di modo che noi potevamo ragionevolmente ammettere che del gaz acido solfidrico od altro, sprigionandosi dalla massa del liquido, si fosse portato ad occupare la regione più alta del cavo pleurico, e precisamente porzione della regione sottoclavicolare. E che ciò poteva essere una regione dalla risonanza chiaro-timpanica di quel punto, rimanendovi poca elasticità atteso l'immutabile ispessimento della pleura. Ma conveniva riflettere che a mano

(1) È inutile il ricordare ai medici pratici come vari autori si sono occupati di questo punto importante di diagnostica della pleurite che può talora dar luogo a segni statici di una escavazione polmonare.

Ci basti citare i lavori di Barthez e Rillet (*sur quelques phénomens stéthoscopiques rarement observés dans la pleurisie cronique*, — *Arch. gen. de méd.*, mars, 1853) di Behier (*Note sur un souffle anphorique*, ecc. *Arch. gén. de médec.*, août 1854) e di Landouzy (*nouvelles données sur le diagnostic*, *ecc. Arch. gén. de médec.* novembre, decembre, 1856).

a mano che il liquido negli ultimi due o tre giorni andava abbassandosi nel suo livello superiore, doveva dar campo al compresso, inspessito, ma non assolutamente indistensibile polmone di dispiegarsi un pochino nelle regioni più alte; venendo a contatto della regione del manubrio dello sterno e della porzione sternale delle tre prime coste. Da una parte quindi quel poco di gaz libero della cavità pleurica, dall' altra la massa d'aria che nell'atto inspiratorio poteva entrare nel polmone (non più assolutamente impedito di espandersi) potevano essere concause della risonanza chiaro-timpanica.

Il polmone, dispiegandosi nell'atto inspiratorio doveva smuovere il liquido purulento, quindi denso, e poteva essere cagione dell' indeterminato rumore del *glag-glag*, che talora ascoltavasi pure sul finire dell'espirazione, perchè veniva forse (col restringersi della cavità toracica) smosso e spostato in su ad un livello superiore.

Il soffio accennava a compattezza del parenchima polmonare, che poteva e doveva esistere senza ricorrere all' idea di infiltrazione tubercolare. Il carattere metallico, anforico del soffio, (che ci parve per un momento avere udito) potevasi spiegare dall'ammessa presenza di gaz nel cavo pleurico. Nell'idro-pneumotorace non solo il soffio anforico, ma pure altri fenomeni metallici, come la voce anforica, il tintinnio metallico sono possibili. In un empiematico operato felicemente di toracentesi in mia presenza, ho potuto ascoltare il sòffio anforico, la voce anforica e il tintinnio metallico per una settimana di seguito. Il malato era un uomo adulto che in piena salute fu côlto da pleurite sinistra, passata ad empiema. L' operazione fu fatta tre mesi dopo l'insorgenza della pleurite. I rumori metallici udivansi nei due terzi posteriori inferiori, quindici giorni dopo l'operazione, quando il polmone si dispiegava così liberamente in alto da dare luogo al mormorio vescicolare di carattere appena un po' men morbido che nello stato normale. Il soffio metallico in tal caso non doveva essere che il suono consuonante dei bronchi contorniati da un parenchima polmonare non soffice; suono che attraversando un considerevole strato di aria (che penetrava nel cavo pleurico dall' esterno, pella cannula a drenaggio, lasciato aperto pel libero scolo della marcia) doveva modificarsi in un timbro anforico. Nel nostro caso anche l'indeterminato rumore, tirante a quello di rantoli umidi,

viscidi e gorgoglianti poteva trovare una spiegazione plausibile quando si avesse riflettuto a ciò, che un liquido denso, come il pus, che doveva venir smosso dal movimento respiratorio, in una cavità circoscritta risuonante per presenza d' aria, poteva ben dar luogo ad un possibile rumore analogo a quello che produrrebbero delle bolle d' aria rimescolantisi in mezzo a liquido denso; e lo stesso rumore di *glag glag* che si ritenne espressione di semplice smuovimento di un liquido denso, in cavità risuonante, poteva snaturarsi in forma di veri rantoli gorgoglianti. Ma senza ricorrere a queste astruse spiegazioni basta il riflettere che in ogni caso di pleurite con versamento liquido che va ad assorbirsi, mano mano che vien tolta la compressione del polmone nei vasi del suo parenchima, nasce un riempimento sanguigno più o meno tumultuario: e nei vasi bronchiali questo afflusso sanguigno costituisce come una forma catarrale subacuta, che dà luogo a rantoli russanti e mucosi. Ora suppongasi che nei bronchi dei polmoni leggiermente espansibili del fanciullo si fosse raccolto trassudato e secreto copioso, noi avremo la possibilità di rantoli bollosi riuniti nel piccolo spazio del polmone indurito e limitatamente espansibile, e tali rumori potrebbero raggiungere il timbro metallico per le condizioni del polmone e pella presenza di gaz nel cavo toracico. Volendo riferire quei fenomeni all' esistenza di una escavazione polmonare o semplicemente comunicante col cavo del tumore o insieme col cavo pleurico, restava poi a cercare il perchè il fanciullo non eliminasse per bocca il materiale morboso della caverna tubercolare e della cavità toracica e del tumore costale. E il fanciullo non aveva neppure tosse. Noi vediamo poi quasi ogni giorno tubercolosi; ma quando e che ci accade di osservare che l' escavazione tubercolare si apre all' esterno? E quando è che noi troviamo una tubercolosi unilaterale? E quando il caso di un fanciullo che in poco più di un mese mostri escavazione polmonare ad un sol polmone, avendo presentato innanzi quell' epoca ottima salute? — Si ordinarono le prescrizioni del giorno innanzi.

17, idem. — In quello stesso giorno feci chiamare il mio amico, dott. Giuseppe Cattaneo, assiduo cultore di chirurgia, perchè operasse la toracentesi nel modo ed al luogo più sopra indicato. Ma egli invece desiderava eseguire l' operazione col taglio; e, come era suo costume, far precedere il taglio da una

puntura esplorativa con un sottilissimo trequarti. Adduceva per ragione principale della preferenza da lui data al taglio sul semplice uso di un grosso trequarti, il vantaggio di ottenere più prontamente e sicuramente un canale fistoloso per l'ulteriore libertà del diuturno scolo della marcia. Lasciando libera la scelta del metodo operativo, non pertanto mi spiaceva che per quella predilezione di metodo operativo si dovesse ritardare l'operazione; giacchè lo stesso chirurgo trovava prudenza aggiornarla ancora di un giorno almeno, essendo l'operazione del taglio assai più penosa e lunga che quella della semplice puntura. In quel momento però punse con un piccolissimo trequarti al terzo posteriore del sesto spazio intercostale sinistro, e si vide ad escire goccie di pus verdastro fetidissimo; onde venne estratta tosto la quasi capillare cannula del trequarti esploratorio.

18 Maggio. — Jeri sera il fanciullo mostrava il calore a più 39, il polso 135, il respiro 46 — fu un po' inquieto nella notte. Stamane il calore è a + 38, il polso a 129, il respiro a 40. Le urine sono scarse, colorate, acide. Gli altri fenomeni, come jeri. L'operazione si eseguisce in giornata al luogo suindicato, facendo nei comuni integumenti un taglio paralello al bordo superiore della settima costola sinistra, lungo tre centimetri e mezzo all' incirca; un po' meno lungo sui muscoli intercostali; indi si perforò la pleura con un trequarti comune da parantesi ventrale e si penetrò così nel cavo pleurico.

Dalla cannula del trequarti, lasciato in sito, si cavò circa 500 c.c. di pus verde-giallastro, fetentissimo, che vedevasi escire con getto impetuoso nell' atto espirativo, anche quando la quantità del liquido incominciava a scemare sensibilmente, mentre allora od il liquido cessava bruscamente di escire in forma di getto, oppure sgocciolava appena, durante l'atto inspirativo. Ciò andava di accordo con tutto quello che noi dicemmo, a spiegazione, dell' atto del sollevamento espiratorio e di abbassamento inspiratorio del tumore toracico. Quando si vide che il liquido sgocciolava appena, si turò pel momento l'apertura esterna della cannula, la quale venne tenuta in grembo alla ferita col mezzo di un filo cerato, raccomandato ai dintorni del padiglione dello strumento e allacciato circolarmente intorno al petto: e si passò alla semplice medicazione della ferita ed alla relativa fasciatura. Si propina al ragazzo qual-

che cucchiajata di brodo e di vino, che prende volentieri, e non dà segni di avere eccessivamente sofferto pella subìta operazione, compiuta senza eterizzazione; mostrasi un po' acceso in volto ed il polso è frequente (138). Il tumore toracico appare scomparso, quando si guardi il petto durante l'atto inspirativo, ma nell' atto espirativo la cute corrispondente si solleva come una saccoccia bruscamente gonfiata da aria, producendo uno strano rumore di brusco dispiegamento, quasi che il superstite liquido della cavità pleurica e l'aria atmosferica penetratavi dalla cannula durante l'operazione, venissero nell'atto espirativo violentemente sospinti attraverso l'apertura di comunicazione del tumore toracico, contro la scollata pelle. L'orecchio a questo punto fa percepire un soffio con carattere metallico; la palpazione suscita sempre vivo dolore, come la più lieve percussione, che fa svolgere un suono breve ed ambiguamente chiaro, nel mentre che le dita percuzienti provano sensibile resistenza. Il cuore si è ritirato verso il mediastino, per circa un centimetro dalla linea occupata prima dell' operazione, e da noi tracciata nell' esame objettivo. Non si credette conveniente di stancare il paziente in ulteriore esame del petto. — Osservato al microscopio il liquido evacuato mostrasi costituito da innumerevoli cellule bianche e da granulazioni elementari. Delle cellule bianche, poche presentansi perfettamente rotonde, polinucleate del diametro di circa $0^{mm},008$, la maggior parte sono deperite per forma irregolare, per contenuto granuloso e nuclei sformati.

19, idem. — La notte passata fu discretamente tranquilla, la vena giugulare esterna destra non mostrasi nè turgida, nè ondulante. — Costato sinistro di ben poco, ma pur sensibilmente escursibile alla base. — Calore + 39, polso 130, respirazione 36; urine scarse, rossastre, acide, densità 1015. — È appena visibile un leggiero sollevamento espiratorio al luogo della tumefazione toracica, che a quest' ora si può dire scomparsa. Persistenza a questo punto del soffio di carattere metallico, meno percepibile l'indeterminato rumore di dispiegamento membranoso, già segnalato più sopra. Posteriormente a sinistra il respiro, con carattere soffiante, si percepisce in tutta la regione scapolare e scapolo-vertebrale. Il cuore si è ritirato di un altro centimetro dalla linea ascellare anteriore destra, ed il suo bordo destro sta all'indentro del capezzolo della mam-

mella destra di quasi un centimetro. — Minestra e brodo, zuppa di latte, vino chinato. Medicazioni ripetute due volte al giorno. — La quantità del pus eliminato alla prima apertura della cannula, stata (dopo l' operazione) turata, fu di circa 80 grammi.

20, idem. — Calore + 38. 50, polso 125, eguale da ogni lato, respiro 36, nel resto, più o meno come jeri. Alle prescrizioni di jeri s' aggiunge l'injezione nel cavo pleurico di una soluzione di nitrato d'argento, nella proporzione di 1 di sale per 100 d'acqua, della quale quantità se ne injetta una metà circa e la si lascia in sito per qualche minuto secondo, indi la si evacua, e vi si injetta ripetutamente dell' acqua pura a mo' di lavacro. Ciò si eseguisce nella prima medicazione.

Sera. — Calore + 39, polso 135, respiro affannoso a 40; sete, dolore al costato sinistro. Il pus escito dalla seconda medicazione, è in quantità un po' maggiore di jeri, è più tenue, verdognolo, d'odore piccantissimo come di cacio molto fermentato, e dà reazione acida. Al microscopio non mostra caratteri diversi dai segnati più sopra.

21 idem. — Notte inquieta; sete, dolore al costato sinistro. — Calore + 39, polso 140, respiro 40 — urine scarse, colorite, acide — marcia acidissima, d' odore piccantissimo, non sgradevole, e che richiama l'odore di acidi grassi volatili, che si svolgono nella fermentazione dello stracchino. Il microscopio non mostra che innumerevoli granulazioni con goccioline di adipe, e cellule purulenti molto deperite. — Minestra di brodo, zuppa di latte, siroppo diacodio, un clistere di 25 centigr. di solfato di china. Si leva la cannula del trequarti e se ne introduce una di osso, di lunghezza eguale alla prima, e si fa la semplice medicazione.

22 idem. — La febbre rimise verso la sera di jeri, e la notte fu quieta. Stamane, lo stato di jeri sera continua. Prescrizioni del giorno precedente.

23 idem. — Calore 38. 50, polso 132, respiro 36; urine scarse, acide — pus tenue, d'odor piccante, acido. Prescrizioni di jeri.

24 idem. — Fenomeni morbosi non sensibilmente mutati. Ebbe per la prima volta, dacchè sta in clinica, una copiosa scarica alvina, di materia piuttosto solida, giallastra.

25 idem. — Verso mezzodì la febbre esacerba, senza brivido, salendo la temperatura a + 39, 50.

26 idem. — Madore al capo, al collo, al petto; calore 38, polso 120, respiro a 30. Nello sturare la cannula per eseguire la solita medicazione, restiamo sorpresi nel vedere escire in luogo di materia giallo-verdastra, una materia rossastra, che vista tosto al microscopio ci si mostra costituita da pus deperito, da pigmenti d' aspetto giallo-brunastro — aggregati in masse irregolari, informi, e da innumerevoli corpuscoli di fecola, che reagiscono al jodio e all'acido solforico.

Non abbiamo allora dubbio alcuno nel riguardare quella materia rossastra per vino, e che i corpuscoli amilacei spettino alla fecola del pane della zuppa o della pasta della minestra mangiata.

Proviamo a turare la cannula ed a far allora allora mangiare all' infermo la zuppa di pane e latte; e dopo dieci minuti sturiamo la cannula, e vediamo ad uscire una sostanza liquido-densa, bianca, che al microscopio ci offre corpuscoli di amido e innumerevoli globulini eguali a quelli del latte d cui una goccia per scrupolo, volemmo sottoporre ad un esame microscopico di raffronto. Torniamo a somministrare ancora qualche cucchiajata di pane e latte, e vediamo subito dopo qualche istante ad escire nuova materia bianca avente i caratteri microscopici della fecola e dei globuli del latte. Badisi che il fanciullo masticava, deglutiva perfettamente senza provare durante l'avvallamento del cibo, nè dopo, nè dolori ' nè ambascia, nè tosse, nè nausea, nè vomito. Ed i fenomeni statici non si mutavano per niente colla manifestazione del nuovo fatto morboso.

L' interpretazione più probabile di questa non indifferente apparizione morbosa, ci parve quella di ammettere che fosse avvenuta una apertura di comunicazione tra la cavità dell'esofago e quella del cavo pleurico per un processo ulcerativo.

I processi morbosi essudativi cruposi valgono per sè soli ad indurire infiltrazioni sierose e rammollimento non solo del tessuto infiammato, ma ben anco degli attigui, atteso l'iperemia collaterale e l' edema consecutivo, che loro deriva dal disturbo circolatorio prodotto dalla flogosi vicina. E se il tessuto limitrofo è di natura muscolare (non importa se a fibre liscie o striate) quel tessuto cade facilmente in paralisi. Il *collapsus* cui può giacere detto tessuto muscolare facilita i più alti gradi di sua infiltrazione sierosa e di rammollimento, per cui la

propria coesione è scalzata, tanto che alle minime distrazioni il tessuto si lacera. Ma se al processo essudativo si associa il suppurativo e diuturno, (come è nel nostro caso), non riescirà molto difficile il comprendere come l' esofago vincolato alla faccia mediastinica della pleura sinistra sia stato avvoltolato nelle conseguenze della flogosi del tessuto attiguo. L' esofago infiltrato, rammollito, fors' anche infiammato più in un punto che in un altro della sua altezza, poteva spontaneamente ulcerarsi e aprirsi; oppure lacerarsi in forza del passaggio degli alimenti per quanto liquidi. È ragionevole il supporre che l' ulcerazione esofagea dovesse effettuarsi nelle parti più strettamente poste a contatto della pleura in un punto della stessa, ove pure un processo ulcerativo e contemporaneo si fosse iniziato, e che fosse corrispondente al luogo della lesione esofagea, e che in seguito a ciò le due cavità sarebbero venute a comunicare tra di loro.

È forse ancor più probabile che il processo esulcerativo si sia iniziato nella pleura parietale mediastinica e si sia diffuso poi attraverso le pareti dell' attiguo esofago, preventivamente infiltrato e rammollito. Si chiederà: e questa ulcerazione pleurica non poteva fors' anche essere stata cagionata dall' injezione della soluzione di nitrato d' argento da noi eseguita il giorno 20?

Dopo d' allora s' aggravarono alquanto i fenomeni febbrili e sorse un dolore vago, ma costale sinistro. Tutto ciò non depone forse per tale supposizione? Senza negare la possibilità che cinquanta centigrammi circa di nitrato d' argento in cinquanta grammi d' acqua (quantità approssimativa, momentaneamente introdotta nel cavo pleurico) abbiano dato luogo all' ulcerazione pleurica ed esofagea, non si può a meno però di riflettere, che ciò non sarebbe avvenuto se in un punto speciale la pleura e l' esofago non fossero stati di già in preda ad un profondo rammollimento, e fors' anche ad un processo ulcerativo di già iniziatosi.

Nel caso nostro poi in cui se non si poteva troppo fondatamente ammettere una tubercolosi polmonale, non si doveva però con soverchia sicurezza escludere la possibilità della scrofolosi delle ghiandole bronchiali, si doveva avere anche presente alla mente che il processo ulcerativo esofageo e pleurico non fosse per avventura secondario al rammollimento ed al-

l' ulcerazione di qualche ghiandola linfatica del bronco sinistro, scrofolosamente infarcita e precipitata ad un deperimento necrotico in forza delle conseguenze locali e generali della pleurite suppurativa. In ogni modo il nuovo fenomeno morboso ci lasciava ancora più inquieti sull' avvenire del fanciullo. Si prescrive la solita dieta col vino chinato, si sospende il siroppo di diacodio, e si fanno fare injezioni con semplice acqua fresca — per passare più tardi a quelle fatte con una soluzione più o meno allungata di acido tannico. Sembrandoci poi anche che la cannula d' osso , e per essere troppo grossolanamente fatta, e relativamente troppo lunga (centimetri sette) massime a questo periodo del male (in cui il polmone sinistro mostrava di espandersi) dovesse recare fastidio al malato, la togliemmo sostituendovi un tubetto a drenaggio , che s'introdusse nel cavo toracico per la lunghezza di centimetri otto all'incirca , lasciandone all' infuori un tratto di circa quattro centimetri. Si lasciò aperto il tubo , che si tenne convenientemente in sito col raccomandarlo ad un filo allacciato al petto E per elidere il cattivo odore delle marcie scolanti e decomponentisi, si inzuppò la filaccia in acqua fenicata (1 a 2 per 100), che si sperava operasse pur anche da antiputrido.

Il tubo a drenaggio si doveva ogni tre o quattro giorni estrarre dal petto, nell'intento di sorvegliare lo stato e cambiarlo , quando lo si sospettasse o lo si vedesse logoro ; per scansare così il pericolo di lasciarne un pezzo in cavità.

Ma siccome si doveva pure pensare all'eventualità dell'avvenire, cioè del possibile miglioramento dell' infermo , al chiudersi graduale della ferita , all'abbassarsi delle coste, ed alla prudenza di mantenere ben ben a lungo aperto il seno fistoloso e alla necessità perciò di lasciarvi in sito un tubo rigido e metallico, così in giornata diedi un disegno ad un orefice perchè mi costruisse due cannule d'argento. L'una retta, lunga centimetri cinque all'incirca , avente il lume del tubo largo tre millimetri all'incirca, ed il padiglione inserto verticalmente. L' altra della stessa lunghezza e larghezza del tubo, ma questo dolcemente ricurvo e col padiglione inserito obbliquamente sul tubo medesimo. La curva del tubo, e l'inserzione inclinata del padiglione avevano per me lo scopo di fare assecondare la curva del costato e rendere meglio adatto l'istrumento alla convessità del costato. Previsione che tro-

vai infatti assai giusta, quando più tardi si dovette fare uso del tubo metallico.

*27 Idem.* — Si racconta dall'infermiere, incaricato di porgere il cibo all'infermo, che questi, mentre stava mangiando la zuppa di latte, divenne tutt'ad un tratto violaceo in viso, mostrandosi come chi venisse minacciato subitaneamente da soffocazione. Un colpo di tosse susseguito all'istantaneo cangiamento di colorito, dissipò la minaccia, ed il fanciullo riprese poco dopo a mangiare. Il fanciullo conferma il racconto e aggiunge di aver provato nel momento della minaccia di soffocare, più che un dolore, un impedimento al collo. — Calore 39. 50, polso 135, respiro 36, urine scolorite, alcaline con lieve deposito fosfatico; soffio metallico e rumore di *squassamento membranoso* (?) o di valvola, al luogo della scomparsa tumefazione. Soffio aspro metallico odesi pure sull' angolo superiore interno della scapola sinistra. Respirazione soffiante in tutto il resto della parte posteriore sinistra, meno dalla 9.ª costa in basso, ove il rumore che fa l'aria entrando ed uscendo dal tubo a drenaggio occulta il respiro soffiante, che odesi da lontano.

La ispezione, la palpazione, la ascoltazione assicurano che il cuore col suo bordo destro corrisponde al bordo destro dello sterno. A destra il mormorio vescicolare è più morbido in alto che ne' primi giorni non fosse; e alla parte posteriore inferiore la risonanza è presso che ristabilita ed appena odesi qualche raro rantolo mucoso. Oggi dal tubo a drenaggio è uscito, insieme col pus, qualche frammento di grani di riso. — Eguale la dieta e la medicazione al petto; quando declinasse la febbre, injezione nel retto intestino, di centigrammi venticinque di solfato di chinino.

*28 Idem.* — Jeri rimise la febbre verso le 4 pom. con sudore, e allora s'applicò il clistere di chinino. Dal tubo a drenaggio scolarono poche marcie, con pochissimi frustoli di pane e di riso. — Urine alcaline con deposito biancastro di fosfati. — Calore 38, polso 125, respiro 30. Scarica alvina spontanea di materie solide; e nelle quali non ci venne dato di trovare traccia di pus: ciò eliminava, o contribuiva ad eliminare il dubbio che la comunicazione avvenuta del cavo pleurico con altra cavità, non doveva essere quella dello stomaco, ma dell'esofago.

*29, 30, 31 Idem.* — Il calore si mantenne a 38, il polso e il respiro e gli altri fenomeni, più o meno come il 28.

*1 giugno.* — La fisionomia del fanciullo ha perso un po' l'espressione di abbattimento e di ansia, che fin a jeri dimostrava; è tollerata la pressione e la percussione al luogo della scomparsa tumefazione, di dove esce suono chiaro, ed ove odesi respiro soffiante, come nei due terzi posteriori superiori del lato sinistro. A destra il mormorio vescicolare sentesi appena mascherato da rare bolle, nella parte più bassa e posteriore del costato. Il cuore giace però ancora dietro lo sterno, non avendo subìto un sensibile ritiro all'interno del bordo sternale destro. — Nella medicazione di jeri sera e di stamane dalla fistola toracica, non escì che poca marcia, senza traccia alcuna di sostanza alimentare o di bibite ingerite. Il costato mostra qualche oscuro movimento costale anche nelle regioni medie e superiori. Per dieta la solita zuppa di latte, la minestra di brodo e riso, cui si aggiugne un po' di frittura, e vino generoso.

Medicazioni regolari, schizzettando giornalmente nel cavo toracico dell'acqua fresca, leggermente fenicata; come si inzuppano le filaccie con acqua fenicata.

*1, 2 Idem.* — Continua il miglioramento notato il giorno primo giugno; scarsissimo scolo della marcia.

*3 Idem.* — Viso acceso, febbre risentita, dolore alla pressione, alla regione sotto-clavicolare sinistra, ove si palpa una certa pastosità della cute quasi che sotto il cellulare sottocutaneo vi fosse infiltramento sieroso. Si estrae il tubo a drenaggio, s'injetta pella fistola dell'acqua, e si dà esito a copiosa marcia piuttosto tenue. Si rimette un tubo a drenaggio nuovo. — Per quanto col dar libero scolo alla marcia, trattenuta nel cavo pleurico, per semiotturazione del tubo a drenaggio, (fors'anche compresso dall'esordiente addossarsi delle coste su di loro) si avesse soddisfatto ad un'eventuale indicazione causale circa lo sviluppo della febbre, pure si fece applicare un clistere di solfato di chinino. Nel nostro malato non avevamo il caso di una semplice raccolta marciosa nel cavo pleurico; ma v'era motivo a sospettare che infiltramenti purulenti pur esistessero nel cellulare sotto pleurico, e del mediastino. E questa ragionevole ipotesi ci calmava alquanto le inquietudini, che dovevano angustiare qualunque medico

pratico, che vede insistentemente insorgere o continuare la febbre in un empiematico, operato di toracentesi. In quanto che lo spettro della tubercolosi gli deve stare sempre davanti per isgomentarlo, ben più fortemente del timore di un marasmo da semplice diuturna suppurazione.

*4 Idem.* — Apiressia. Le filaccie mostransi più inzuppate di pus che ne' giorni ultimissimi di maggio e primi di giugno. L'ammalato per la prima volta ha dato qualche colpo di tosse senza sputo. Il cuore si è ritirato omai tanto verso i precordj, che colla sua punta tocca sensibilmente il quarto spazio sinistro, a due centimetri circa all' indentro del capezzolo della mammella sinistra. Si palpa liberamente il petto dovunque senza molestare l'infermo. Il respiro, sempre col carattere soffiante, si ode a sinistra nelle regioni sottoclavicolare, ascellare superiore e media, scapulare, scapulo-vertebrale sull' ottava e nona costa della apofisi spinale delle vertebre fino alla linea ascellare posteriore. — Clisteri di chinino.

5 idem. — Due scariche alvine poltacee — calore a 38, ma le urine sono scarse, acide, di color giallo-fosco, ricche di urofeina, di urati, scevre d'albume, di copia discreta di cloruri e fosfati. — Dieta e prescrizioni di jeri.

6, 7 idem. — Apiressia. Scemata la quantità della marcia. Urine sempre colorite in giallo-fosco.

8 idem. — Respirazione piuttosto aspra e soffiante nelle regioni del costato sinistro, notate il giorno 4 giugno. Urine di aspetto bilioso, ma con nessun reattivo si riesce a discoprire traccia di pigmenti biliari. L' acido solforico mostra sempre copia eccessiva di urofeina. — Due scariche alvine costituite da materia giallastra solida. Osservando al microscopio un po' di mucosità che lubricava uno stronzolo, frammezzo a globuli mucosi e ad epiteli intestinali, vidi a guizzare con moti vivacissimi due monadi caudate, simili a quelle disegnate nella tavola 4.ª — figura 8.... dell'Atlante dell' Opera (*Suites à Buffon - man. Roret. Nouv. man. comp. de l'obser. ou microscop.)* di Dujardin, e da lui chiamato col nome di *monas globulus*. Si sospende l'uso del clistere di solfato di chinino. Si prova a fare un'altra volta l'injezione nel cavo pleurico d' una soluzione di 1 per 0/0 di nitrato d' argento. Alla dieta del giorno innanzi si concede l' uso di una tazzettina di latte quagliato, che il

400 Diam.

fanciullo mostra avidamente di ottenere, avendolo visto a mangiare da un malato, cui si prescriveva come cibo e medicamento, per essere affetto da disturbi ventrali, che lasciavano il sospetto dell' esistenza dell' ulcera perforante gastro-duodenale.

9, 10 idem. — Scarso scolo di marcia. Ritorno della febbre e del respiro soffiante alla regioue sotto-clavicolare sinistra. Si specilla la fistola, si fanno injezioni d' acqua, si fa sgorgare più liberamente la marcia e si applica la cannula d'argento ricurva ed a padiglione obliquamente inserita sul tubo.

11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 idem. — Il giorno 10 si dovette ancora cavare, pulire la cannula d' argento per facilitare lo scolo del pus; che soffermandosi in parte in cavità, suscitò ancora qualche poco di febbre, e tre scariche alvine di materia poltacea. Ciò accadde anche nel successivo giorno de

21 idem, — in cui ebbe febbre gagliarda, con brivido caldo e sudore. In onta però a questi accessi febbrili, il fanciullo ha manifestamente acquistato nello stato della nutrizione generale.

Il cuore batte nel quarto spazio sinistro un centimetro all'interno del capezzolo della mammella. Il costato sinistro mostrasi sensibilmente depresso, la colonna dorsale incurvata colla convessità a destra, la spalla sinistra abbassata dal livello della destra. Il fanciullo da parecchi giorni mangia una zuppa di latte, una minestra di riso, una fritturina, due pani, una tazza di latte quagliato, beve 200 c.c. di vino generoso. Si ordina clistere di chinino, ed olio di merluzzo.

22, 23, 24, 25 idem. — Urina in copia discreta, di color giallo d'ambra.

26 idem. — Risonanza chiara in tutto l'ambito del costato destro, meno ai punti corrispondenti alla situazione del fegato, ridottosi al volume normale; in quanto che l'ottusità epatica nella parte anteriore corrisponde alla sesta costa, nell' ascella all' ottava, alla decima posteriormente. — Il mormorio vescicolare è morbido e intenso in ogni punto di destra.

A sinistra — la risonanza, al luogo del preesistito tumore, è chiaro-timpanica, ed il dito che fa da plessimetro, durante la percussione, fa avvertire la sensazione indeterminata di tremito. Sono discretamente risonanti le regioni ascellari superiori e media; ottusa la metà inferiore della linea ascellare

anteriore, la regione ascellare inferiore, e si può dire ottusa, tutta la parte posteriore, di cui però la regione scapolo-vertebrale è meno ottusa ed alquanto elastica; completamente muto ed anelastico tutto il tratto compreso dalla nona costa in basso. Il respiro è aspro alle regioni sottoclavicolare, ascellare superiore e media, e scapolo-vertebrale — indeterminato sulla spina della scapola, soffiante posteriormente in basso. — Alla regione sottoclavicolare il respiro è in parte mascherato da rantoli mucosi viscidi, che ritengono del carattere metallico.

Si concede il pollo in luogo della frittura, e lo si fa alzare dal letto. Il fanciullo cammina sicuro, colla spalla sinistra abbassata, col capo inclinato sulla medesima ed il tronco rivolto un pochino sul lato sinistro. Si tiene sempre od il tubo d'argento o a drenaggio, nella fistola, che si medica regolarmente due volte al giorno. Dal 27 giugno al fine di luglio, giorno della chiusura della clinica, il fanciullo andò sempre acquistando nella nutrizione da non essere più riconoscibile. E per quanto dal seno fistoloso non escissero che poche goccie di pus, pure si volle tenere aperta la piaga per cautela, col mezzo di injezioni d' acqua e col lasciare in grembo alla stessa il tubo a drenaggio o la cannula d' argento e fare due volte al giorno la medicazione.

Dalla seconda domenica di luglio si concedè che il fanciullo, accompagnato da un infermiere, si recasse settimanalmente in famiglia a trovare i genitori. Questo permesso aveva lo scopo igienico di accontentare e ricreare il fanciullo, mandandolo a respirare anche aria più pura, di quella non poteva fruire nella angusta Sala e nello strettissimo cortile del locale *provvisorio* della clinica (1). Ma più tardi quel permesso ebbe i

---

(1) L'eccellente locale di clinica medica, in cui insegnarono il Borsieri, il Tissot, i Frank, il Brera, l' Hildebrand, ecc. non è più. E fin dall'anno 1866-67 il servizio di clinica medica si fa in un sito angusto e assai improprio per tale scopo.

Nel luogo dell'antico e monumentale Istituto di clinica medica si eresse un grandioso Stabilimento per l'anatomia patologica, che non è per anco in uso.

All'erezione di un necessario e conveniente locale per la Clinica medica si penserà poi. Gli amatori (contemporanei e posteri) di monumenti storici e scientifici giudicheranno se fu ottima cosa il distruggere un *eccellente* Istituto, che ricordava l' epoca della fondazione, in Pavia, della clinica medica.

suoi inconvenienti. Il ragazzo era in tale lodevole stato di salute ridotto, che alla chiusura della clinica sarebbe stato ben ottimo consiglio inviarlo alla propria famiglia se questa avesse soggiornato in luogo salubre e fosse stata appena appena agiata. Ma come la famiglia era poverissima, ed abitava un' umida casa in Pavia, così si insistette, perchè il fanciullo fosse dalla clinica trasportato nel riparto del dott. Cattaneo, il quale doveva essere più che qualunque altro medico interessato a sorvegliare l' ammalato, da lui stesso operato di toracentesi nella clinica. I parenti del fanciullo, approfittando del permesso loro concesso durante il servizio clinico, incautamente operano in modo che il fanciullo, e il giorno della chiusura della clinica, ed i due primi giorni di agosto, rimanesse in famiglia, ove il medesimo, oltre al commettere disordini dietetici, mangiando molta frutta, all' insaputa degli ignari genitori, si estrasse dalla fistola il tubo a drenaggio. Così rimanendo per tre dì senza medicazione e senza tubo. L'apertura esterna della piaga sinistra si chiuse, ma dalla superficie del canale fistoloso (e pure da punti più o meno estesi della pleura circomambienti l'apertura interna della fistola), continuossi a formare il pus, il quale impedito di sgorgare all' esterno, si andò accumulando nel cavo pleurico, tanto che, tra breve sorsero gravissimi fenomeni locali e generali, che costituirono una vera recidiva del male, o la riproduzione dell' empiema sinistro.

Il 23 agosto mi fu dato esaminare il ragazzo, che mi presentava la seguente fisionomia clinica.

Decubito supino, sensibilmente inclinato sul fianco sinistro; cera abbattuta, pallore della mucosa labbiale e della cute del volto, che è sudante, come il resto della superficie del corpo; lingua sudicia, anoressia; respirazione unilaterale destra, affannosa e frequente (40); riapparizione della tumefazione toracica tra la seconda e quarta costa sinistra (porzione sternale); il costato sinistro però altrove che al luogo della tumefazione è spiccatamente depresso, come è abbassato il capezzolo della mammella sinistra e la spalla corrispondente. La punta del cuore è palpabile bensì al livello del quarto spazio intercostale sinistro, ma non nella linea del capezzolo della mammella corrispondente, ma la si sente urtare di dietro lo sterno. Il tumore toracico ha una rilevatezza di una metà minore dell'altra volta; è ancora molto dolente alla palpazione, con cui rilevasi piut-

tosto una resistenza elastica, che una vera fluttuazione; ed alla percussione, risponde con suono chiaro-timpanico. Anteriormente a sinistra mostrasi ottusa la linea ascellare anteriore della quinta costa in basso; all' ascella sono ottusi i tre quarti inferiori; posteriormente vi ha mutezza in tutta la sua altezza; però dall'ottava costa in basso la mutezza è accompagnata da sensibile resistenza alle dita percotenti; e in questo punto manca assolutamente anche il fremito della voce. A destra la risonanza è normale, come il mormorio vescicolare. A sinistra odesi respiro soffiante, accompagnato da russi nella parte occupata dal tumore; e si può dire che in tutto il resto della parte anteriore il respiro è bisbiglioso. Respiro soffiante alla parte superiore dell'ascella — silenzio nella regione ascellare media e inferiore. Respiro aspro, soffiante con sibili dall'ottava costa in alto; dall'ottava in basso soffio aspro. — Ventre teso, stitico. Urine scarse, giumentose, acide, scevre d'albume; polso piccolo e frequente, eguale da un lato come dall' altro (135); ha da varj giorni o accessi serotini di febbre, o parossismi duplicati, come di una febbre a tipo di una quotidiana doppia, con brivido, caldo e sudore. La nutrizione generale si è grandemente deperita, se si valuta l' impinguarsi che aveva fatto agli ultimi giorni di luglio. Di una nuova raccolta marciosa nel cavo pleurico sinistro non aveva alcun dubbio. Non era però facile lo spiegare l' apparizione del tumore elastico e risonante, se non ricorrendo all'ipotesi ragionevole della decomposizione putrida del pus raccoltosi nella cavità sinistra del petto (che si era coartata), e della filtrazione del gas attraverso la recente cicatrice avvenuta nella parte anteriore superiore della pleura, nel punto corrispondente all' antica sede del tumore (già fluttuante e gorgogliante per contemporanea raccolta di pus e di gas). ed ora solamente elastico forse per sola o per predominante raccolta di gas. Quivi i gas, trovando forse la cute toracica non bene saldata sul costato, sono riesciti a distenderla in forma di una tasca elastica e risonante. — Si era tentato invano di fondere la cicatrice dell'apertura esterna del canale fistoloso, col mezzo della pietra infernale, della potassa caustica, del nitrato acido di mercurio. Era urgente di evacuare ancora il pus, e tenere aperto indefinitamente il seno fistoloso. — Il 29 agosto infatti, premessa la puntura esplorativa, con un sottilissimo trequarti,

e visto a sgorgare pus dalla cannuca, si passò tosto alla toracentesi col taglio, e puntura col grosso trequarti, evacuando così circa 350 c.c. di pus denso, verde giallastro, di reazione equivoca; trovandolo leggerissimamente alcalino nei punti ove appariva assai più giallastro, leggermente acido, ove mostravasi verdastro. Si lascia in grembo alla ferita la cannula del trequarti per due giorni, indi vi si introduce una cannula d'argento, che con una speciale cintura elastica si tiene saldamente fissa.

Il 30 agosto il fanciullo era senza febbre, non mostrava più il tumore toracico, al punto corrispondente del quale il respiro era aspro e con pochi sibili, e udivasi respirazione aspra in tutta l'altezza posteriore del lato sinistro, ove vibrava alquanto la voce anche nelle parti più basse; e fra tre giorni riprese a mangiare con appetito; e fra una settimana si alzò dal letto; e dacchè scolarono libere e scarse le marcie, il fanciullo non ebbe più febbre.

Oggi, 30 ottobre, vedo il fanciullo e lo trovo discretamente mutato in meglio: è di cera vivace, allegro, mangia, beve e dorme come un sano; sta alzato tutto il giorno, e cammina piegato col capo e il tronco sul fianco sinistro: la spalla sinistra è di centimetri tre all'incirca più bassa della destra.

Il petto è deformato, cosicchè al davanti par che abbia subito una rotazione da sinistra a destra, mostrandosi depresso più nelle parti posteriori inferiori del lato sinistro che in tutto il resto del suo ambito. Il capezzolo della mammella destra è portato sulla linea ascellare anteriore, il sinistro è di un centimetro più basso del livello del destro, ed è alquanto avvicinato al bordo sternale sinistro.

La regione sottoclavicolare sinistra se non è più rilevata dell' omologa destra, certo non è più depressa. La depressione è marcata posteriormente e nella linea ascellare posteriore sinistra.

La colonna vertebrale dorsale ha una marcata curva colla convessità a destra. Il respiro è ancora un po' unilaterale destro, ma è visibile anche l'escursione, più limitata, del costato sinistro, massime nella sua parte anteriore.

Il ragazzo respira senza ambascia (20 volte al minuto), non ha dolori toracici, non tosse.

La misura circolare del petto al livello del capezzolo de-

stro è di centimetri 55. La misura unilaterale destra (nell'atto inspiratorio) di centim. 29, la sinistra di centim. 26; l'escursione del lato destro è di millim. 12, quella del sinistro di millim. 10.

La punta del cuore batte al quarto spazio intercostale, a due centimetri all'esterno del bordo sinistro dello sterno.

Risonanza chiara a destra; ottusa a sinistra. Una certa elasticità vi ha alle regioni sottoclavicolari e ascellare superiore e media e scapolo-vertebrale del sinistro lato. Respiro morbido, uniforme a destra. A sinistra morbido, ma poco intenso alle regioni sottoclavicolari e ascellari superiore e media; aspro alle regioni scapolari e scapolo-vertebrale e sotto-scapolari. Vibrazione toracica della voce attutita a sinistra, normale a destra.

Ventre di forma, volume, sensibilità normale. Regolari le funzioni dei visceri addominali. Cute aridetta, epidermide disquamantesi in qualche punto, ove è sucida; discreta quantità di adipe sottocutaneo; sodezza dei muscoli. Polso 90; urine chiare.

Il ragazzo sarà probabilmente accolto in clinica coll'apertura del nuovo anno scolastico. — Comunque sia, mi farò un dovere di tenere informati i lettori della *Gazzetta* dell'esito definitivo di questo interessantissimo nostro malato.

*Pavia, 8 novembre 1868.*